1898-99 FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY N° 11

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
MYOSITES SYPHILITIQUES
DIFFUSES ET GOMMEUSES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement,
le Samedi 25 Mars 1899, à 5 heures de l'après-midi,

PAR

Charles GILLET

Né à Lamarche (Vosges), le 22 Août 1875.

Examinateurs de la Thèse :

MM. SPILLMANN	professeur.....	*Président.*
DEMANGE	professeur.....	*Juges.*
ÉTIENNE	agrégé.....	
GUILLOZ	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1899

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MYOSITES SYPHILITIQUES

DIFFUSES ET GOMMEUSES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement,

le Samedi 25 Mars 1899, à 5 heures de l'après-midi,

PAR

Charles GILLET

Né à Lamarche (Vosges), le 22 Août 1875.

Examinateurs de la Thèse :

MM.	SPILLMANN	professeur.....	*Président.*
	DEMANGE	professeur.....	*Juges.*
	ÉTIENNE	agrégé.....	
	GUILLOZ	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

NANCY

A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

(Passage du Casino)

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS ✻, I ✪.

Doyen honoraire : M. TOURDES O ✻, I ✪.

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O ✻, I ✪, HERRGOTT ✻, I ✪, HECHT ✻, I ✪, BEAUNIS ✻, I ✪.

Clinique médicale	M. BERNHEIM ✻, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. GROSS ✻, I ✪, professeur.
Physique médicale	M. CHARPENTIER, I ✪, professeur
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. WEISS, A ✪, professeur
Pathologie externe	M. FROELICH, A ✪, agrégé, chargé du cours.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I ✪, professeur.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ✪, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. HERRGOTT, I ✪, professeur.
Médecine légale	M. E. DEMANGE, I ✪, professeur.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale	M. SCHMITT, I ✪, professeur.
Anatomie pathologique	M. BARABAN, I ✪, professeur.
Anatomie descriptive	M. NICOLAS, I ✪, professeur.
Physiologie	M. MEYER, A ✪, professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne	M. SIMON, I ✪, professeur.
Histologie	M. PRENANT, A ✪, professeur.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, A ✪, professeur.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER, I ✪, agrégé libre, chargé du cours
Clinique des maladies des vieillards	M. P. PARISOT, I ✪, agrégé libre, ch. du cours
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, A ✪, agrégé, chargé du cours
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. FÉVRIER, ✻, A ✪, agrégé, ch. du cours.
Accouchements	M. SCHUHL, A ✪, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies mentales	M. N.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, I ✪.	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES.
HAUSHALTER, A ✪.	GUILLOZ, A ✪.	LAMBERT.
FÉVRIER, ✻, A ✪.	FROELICH, A ✪.	BOUIN.
ETIENNE.	SCHUHL, A ✪.	ANDRE.

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, ✻, I ✪, ROHMER, I ✪, VAUTRIN, A ✪, REMY, A ✪, P. PARISOT, I ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, Ⓜ, A ✪, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON PÈRE, A MA MERE

Témoignage de bien vive affection

A MES SOEURS, A MON BEAU-FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR SPILLMANN

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ÉTIENNE

INTRODUCTION

Nous n'avons pas, dans notre thèse, l'intention de traiter de toutes les manifestations syphilitiques de tous les muscles. Ce sujet serait beaucoup trop vaste. Nous consacrerons uniquement notre travail aux *myosites diffuses* et aux *myosites gommeuses* des muscles de la vie de relation. Parmi ces dernières, les gommes des sterno-cleido-mastoïdiens ont fait plusieurs fois le sujet de thèses ou de travaux originaux ; nous ne les décrirons pas ; nous ne relaterons que des observations ayant un caractère tout spécial, soit pour le siège de ces gommes musculaires, soit pour leur symétrie, soit pour leurs complications.

Nous ne nous occuperons pas des myocardites ; les glossites méritent une description toute spéciale, nous ne les traiterons pas non plus dans notre thèse inaugurale.

Notre but est de décrire les myosites interstitielles et quelques cas particuliers de myosites gommeuses en rassemblant toutes les observations que nous avons pu recueillir, et en y ajoutant quelques-unes d'inédites.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous nous faisons un devoir d'adresser l'expression de notre entière gratitude à tous nos maîtres qui, durant le cours de nos études, nous ont témoigné quelque intérêt.

M. le Professeur Spillmann ne nous a ménagé ni ses conseils ni sa grande bienveillance, pendant les années que nous avons passées dans son service ; il a bien voulu nous inspirer le sujet de notre travail. Qu'il soit assuré de notre profonde reconnaissance, et qu'il veuille bien recevoir nos plus vifs remerciements pour l'honneur qu'il nous fait de présider notre thèse.

M. le Professeur agrégé Etienne a bien voulu nous aider et nous diriger dans notre travail ; nous saisissons avec empressement l'occasion de l'en remercier et nous le prions de croire à notre entière gratitude.

Nous avons toujours suivi avec grand intérêt les savantes cliniques de MM. les Professeurs Gross et Hergott et de M. le Docteur Rohmer ; qu'ils nous permettent de leur exprimer notre profonde reconnaissance.

M. le Professeur agrégé Février a bien voulu nous communiquer quelques observations de syphilis musculaire, prises à la Maison de Secours ; nous l'en remercions bien vivement.

HISTORIQUE

Avant le XVI^e^ siècle les manifestations musculaires de la syphilis étaient méconnues. Le premier, Joannès de Vigo (1503) signale dans son *Traité de la Syphilis,* des douleurs rhumatoïdes, de la contracture, des tumeurs et des gommes musculaires. La myosite interstitielle reste ignorée malgré les ouvrages de Ulrich de Hutten (1519), Fracastor (1530), Petrus Baylus (1537), Ambroise Paré (1545), Theodosius (1553), Thierry de Herry (1634), Astruc (1736), Petit-Radel (1812). Dans la *Gazette des Hôpitaux,* en 1842, Ricord décrit la myosite interstitielle. Nélaton, en 1851, fait une leçon sur les tumeurs syphilitiques des muscles, qu'il divise en tumeurs diffuses et tumeurs circonscrites ; Vidal de Cassis (1854) parle des gommes et des douleurs musculaires qui produiraient la contracture musculaire. Bouisson en fait un chapitre spécial dans son *Tribut à la chirurgie* (1858) ; Notta fait une étude complète des manifestations syphilitiques musculaires. Lagneau décrit les gommes musculaires et les phlegmasies chroniques qui déterminent la flexion et la contraction permanente des muscles. Virchow étudie leur structure histologique, et, avec Volkmann, attire l'attention sur les myosites diffuses.

Dans ces dernières années, Strauss dans le nouveau *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie* en fait l'objet d'un chapitre spécial. Mauriac publie les *Leçons sur les Myopathies syphilitiques*. Cornil, Lancereaux, Langlebert, Fournier, Jullien, Neumann, Finger, Breda, Campana, dans leurs *Leçons* ou dans leurs *Traités des Maladies vénériennes* les ont magistralement étudiées. Lewin, de Berlin, a réuni 45 observations de myosite interstitielle ; il en fait l'objet d'une monographie spéciale.

SYMPTOMATOLOGIE

MYOSITE INTERSTITIELLE

I. Période de développement. — Les myosites diffuses, comme tous les accidents tertiaires, s'installent d'une façon insidieuse. Pendant un temps plus ou moins long, elles restent méconnues, sans aucun symptôme apparent, général, ou local. Il n'y a ni fièvre, ni courbature. « La « maladie apparaît graduellement, insensiblement, « presque à l'insu du malade (1). » Puis, l'attention du malade est attirée souvent par un fait, en apparence insignifiant, mais qui se répète constamment : c'est une gêne dans un mouvement, ou une douleur plus ou moins vive.

II. Période d'état. — 1° *Troubles de motilité* — Le malade s'aperçoit qu'il ne peut faire complètement tel ou tel mouvement; que la flexion ou l'extension d'un membre est limitée.

(1) Notta, *Archives générales de médecine*, 1850.

Observation 1.

Notta (1).

Femme, âgée de 26 ans. — Immédiatement après le chancre induré, exanthème et papules suintantes de la peau. Œdème du jarret et de l'articulation radio-carpienne. Myosite du biceps droit et de l'extenseur des doigts, compliquée d'une iritis et de gommes du cubitus droit. L'extension complète du bras est impossible. L'avant-bras est fléchi sur le bras sur un angle de 70°. Traitement mercuriel et ioduré.

Observation 2.

Ph. Boyer (2).

Ulcères syphilitiques sur le front, myosite interstitielle du biceps brachial droit ; l'extension est impossible. — Le coude droit est fermé. — Traitement à l'iodure de potassium.

Observation 3.

Ph. Boyer (3).

Exostoses du tibia. — Périostites des métacarpiens et des métatarsiens. — Myosite du biceps brachial droit ; l'extension est impossible. — Le coude droit est fermé.

(1) Notta. *Archives générales de médecine*, 1850, page 413.
(2) Boyer. *Traité pratique de la syphilis.*
(3) *Idem.*

Observation 4.

Mauriac (1).

Myosite du biceps gauche dans le 6e mois de la syphilis. Extension complète impossible. — Guérison.

M. B..., âgé de 40 ans, dresseur, avait eu en 1853 un chancre phagédénique avec bubons suppurés. En janvier 1869 il constate un chancre infectant du méat, qui indura la plus grande partie du gland sans l'ulcérer et n'y produisit qu'une érosion très superficielle et à peine appréciable.

Six semaines après le début de ce chancre il survint une roséole papuleuse. On fit prendre environ 100 pilules de protoiodure qui n'empêchèrent pas une laryngopathie assez sérieuse et des plaques muqueuses de se déclarer au commencement de juin 1869 (5e mois de la syphilis).

Puis, vers les premiers jours de juillet, le malade éprouva quelques troubles nerveux tels que obnubilation, diplopie, qui furent fugaces et sans hémiplégie.

Il entra une première fois dans mes salles lors de l'invasion des accidents consécutifs. A cette époque il commença à éprouver quelques douleurs dans les deux coudes. A la seconde poussée des accidents, en juillet (6e mois de la maladie), il eut une nouvelle attaque d'arthralgie dans les coudes, et voici ce que je constatai quelques jours après son entrée, qui eut lieu dans mes salles, lit 10, le 5 juillet 1869 :

Il existait entre l'olécrane et l'épitrochlée du côté gauche une douleur peu vive, qui n'augmentait pas par la pression. Cette douleur irradiait à travers le pli du coude.

(1) Mauriac. *Leçons sur les myopathies syphilitiques.*

L'avant-bras avait été forcé à peu près tout à coup de se mettre dans la position demi-fléchie sur le bras. Son extension complète était impossible. La masse musculaire du biceps ne paraissait point violemment contracturée et il n'existait aucune altération matérielle appréciable dans l'articulation. On aurait dit qu'une sorte de rétraction s'était produite dans les ligaments antérieurs péri-articulaires. Peu de douleur dans les mouvements de l'avant-bras sur le bras, qui étaient libres, sauf celui de l'extension complète. Rien dans le bras droit.

Quand on cherchait à faire l'extension forcée, une douleur vive se faisait sentir en arrière sur l'olécrane et en avant sur le tendon du biceps, qui se raidissait très fortement, comme s'il eût subi un raccourcissement. (Traitement mixte.)

Cette affection disparut assez brusquement au bout de 3 ou 4 semaines.

Observation 5.

Lewin (1).

Myosite du deltoïde malgré traitement antérieur.

Fille publique âgée de 23 ans. De 1887 au mois de décembre 1890 a eu 6 éruptions syphilitiques diverses ; ces éruptions ont été traitées. 4 ans après son chancre induré myosite du deltoïde, compliquée d'ulcérations du rectum, de gommes du pharynx et d'exanthèmes. L'élévation du bras est pénible ; et encore n'est-elle possible que jusqu'à la position horizontale. Le bras est immobile. Douleur quand elle lève le bras. Traitée au mercure et iodure de potassium.

(1) Lewin. *Ueber myositis syphilitica diffusa s. intertitialis*, Berlin 1891.

Puis, peu à peu, le malade s'aperçoit d'une maladresse plus grande, à tel point que le membre atteint ne peut plus être employé. Cette impotence se complique parfois de *contracture*, qui rend l'usage du membre absolument impossible.

Observation 6 (inédite).

Myosite du biceps ; contracture, chez un rhumatisant. — Traitement antérieur. — Périostoses.

Le nommé Albert L..., serrurier, âgé de 32 ans, entre à la Maison de secours le 25 novembre 1896.

Antécédents. — Rhumatisme à 18 ans, et, l'an dernier, dans les genoux ; cette année, rhumatisme aux coudes. Chancre induré il y a dix-huit mois ; trois semaines après l'infection, taches sur le corps. A suivi pendant 2 mois un traitement spécifique : frictions et pilules.

Etat actuel. — Sur le dos on constate des cicatrices syphilitiques ainsi que sur les deux épaules. La lésion est plus profonde sur l'épaule droite. Quelques cicatrices sur les jambes.

L'avant-bras gauche est contracturé depuis 6 mois, mais avec une rémission de 3 mois. Pas d'arthrite, peu de gonflement articulaire ; on ne trouve pas nettement les points douloureux de l'arthrite. Le biceps est contracturé, le long supinateur, également contracturé, fait saillie sous la peau.

Le malade peut fléchir le bras avec douleur, mais il ne peut l'étendre. Depuis 8 jours il ressent dans son bras droit des douleurs semblables à celles du bras gauche, douleurs localisées à l'articulation. Le genou droit est douloureux à la flexion.

Le malade présente de nombreuses périostoses symétriques et mal limitées, au niveau de la partie inférieure de l'humérus, des deux os de l'avant-bras et des tibias.

Traité par une injection de thymol-acétate de mercure et par des frictions.

Observation 7.

Notta (1).

Myosite des muscles épitrochléens avec contracture bicipitale.

T..., garçon épicier, 23 ans, entre le 1er juillet 1849 à l'hôpital St-Louis. Il y a deux ans balano-posthite ; 8 mois après, blennorrhagie qui guérit sans traitement au bout de 2 mois. Trois mois après le début de cette blennorrhagie, éruption, sur les jambes, de vésicules isolées, larges, plates, se couvrant d'une croûte jaunâtre d'abord, puis noirâtre. Vers le mois de novembre il remarqua qu'il ne pouvait plus étendre le bras gauche aussi complètement que le droit ; pas de douleurs même en travaillant. Vers le milieu d'avril 1849, la rétraction du biceps a beaucoup augmenté et au niveau du tendon le malade a éprouvé pendant quinze jours des douleurs spontanées. Il y a trois semaines, douleur à l'épitrochlée. N'a jamais suivi un traitement spécifique,

Etat actuel. — Sujet robuste. Sur les jambes et les cuisses, cicatrices de son éruption. L'avant-bras gauche, étendu sur le bras le plus possible, forme avec le bras un angle de 138°; l'étendue de ce mouvement est limitée par le tendon du biceps qui fait saillie sous la peau ; le corps du muscle est plus volumineux que celui du biceps droit, ce qui tient à ce que le malade est gaucher. Aucune douleur à la pression.

Un peu en avant et au-dessous de l'épitrochlée, existe une tumeur assez régulière, ayant l'étendue d'une pièce de

(1) Notta. *Archives de médecine*, 1850, page 419.

5 fr. à sa base, molle, limitée sur ses bords, qui vont en s'amincissant, non adhérente à la peau, adhérente aux parties profondes. Cette tumeur est fluctuante, peu saillante, sans changement de couleur à la peau, sans douleur spontanée. Il y éprouve seulement une légère douleur dans les grands efforts musculaires, et surtout quand il fléchit complètement l'avant-bras sur le bras ; dans ce mouvement la tumeur se trouve comprimée par la face antérieure de l'avant-bras. Il ne porte pas de traces d'écorchures ni de plaies anciennes ou récentes à la main ni à l'avant-bras.

Iodure de potassium 1 gr.; une pilule de protoiodure de 0,05 ctgr., frictions sur le coude avec l'onguent napolitain.

Au bout de quelques jours, la tumeur épitrochléenne se ramollit Le 12 juillet, on l'incise ; il sort environ deux cuillerées à bouche d'un pus séreux. La rétraction du biceps semble avoir un peu diminué.

Le 4 août, le mouvement d'extension est un peu plus étendu. Le malade quitte l'hôpital en continuant son traitement. Un mois après, l'abcès sus-épitrochléen s'était cicatrisé, et l'avant-bras pouvait s'étendre complètement.

Observation 8.

Notta (1).

Myosite du triceps brachial avec rétraction bicipitale.

J..., couturière, 22 ans, se présente à la consultation de l'hôpital St-Louis le 7 octobre 1849. Il y a 5 ans, sans cause appréciable, petite tumeur à la partie inférieure du triceps brachial gauche et en même temps douleurs vagues dans le bras. Après 22 mois, douleurs plus fortes, l'avant-bras gauche fléchi sur le bras à angle droit ; la tumeur du

(1) *Archives de médecine*, 1850, page 417.

triceps a doublé de volume. Subit un traitement mercuriel et ioduré pendant 3 mois ; grande amélioration. Cessation du traitement. Douleurs augmentent, impotence presque absolue du bras.

Etat actuel. — Constitution affaiblie. Amygdales et voile du palais rouge obscur. Tuméfaction du triceps brachial gauche, sans changement de coloration à la peau, qui est douloureuse pendant la nuit. Le mouvement d'extension ne peut pas être complet à cause d'une légère rétraction du biceps. L'insertion radiale est douloureuse ; rien de particulier dans le corps du muscle. Au-dessous de la tumeur du triceps deux petites bosselures fluctuantes, indolentes, sans changement de coloration à la peau, qui paraissent dues à une hernie de la synoviale de l'articulation.

0 gr. 50 ctgr. d'iodure de potassium. On ajoute au traitement ioduré une pilule de protoiodure de 0 g 03 ctgr. le 14 décembre.

Le 2 mars 1850 la rétraction du biceps est guérie, mais la tumeur du triceps reste stationnaire.

Observation 9.

Mauriac (1).

Douleurs dans le coude et le creux poplité gauches. — Impossibilité d'étendre complètement l'avant-bras sur le bras.

Le malade, âgé de 20 ans, garçon marchand de vin, tempérament lymphatique, d'une bonne santé antérieure et n'ayant jamais eu aucune maladie vénérienne ou autre, contracta un chancre infectant qui débuta vers les premiers jours de septembre 1869. Il entra dans mon service

(1) Mauriac. *Leçons sur les myopathies syphilitiques.*

le 13 du même mois, salle 6, n° 3. Le 10 octobre, apparition d'une syphilide à papules petites, acuminées, très confluentes, surtout au front et à la figure, céphalalgie violente.

Je fis donner d'abord des pilules de potassium pendant la durée du chancre ; puis je fis faire des frictions mercurielles pour combattre la syphilide.

Au milieu de novembre (2e mois et demi du chancre), le malade fut pris, sans cause appréciable, d'accidents névromyopathiques, consistant :

1° En une douleur très vive occupant le côté externe de l'olécrane gauche, sans aucun gonflement, se propageant le long du nerf cubital et accompagnée d'une sensation d'engourdissement, d'une anesthésie et d'un abaissement notable de la température dans le doigt auriculaire ;

2° En une impossibilité d'étendre complètement l'avant-bras sur le bras ;

3° En douleurs siégeant dans le creux poplité, vers son angle inférieur, des deux côtés, paroxystiques et assez fortes pour causer parfois de la claudication.

Ces accidents, survenus en pleine poussée syphilitique sur la peau, diminuèrent au bout d'un mois et demi de durée. Mais vers la fin de janvier 1870, l'anesthésie et l'abaissement de la température dans le doigt auriculaire persistaient encore.

Observation 10.

Mauriac (1).

Au 12e mois douleur brusque dans bras et avant-bras gauches.— Impossibilité de flexion et d'extension du bras. — Douleurs irradiantes nocturnes. — Traitement mixte. — Guérison.

(1) Mauriac. *Loco citato.*

M. X..., avocat, âgé de 29 ans, contracta, le 25 juin 1871, un chancre infectant qui fut suivi d'accidents consécutifs, légers et superficiels. Je le traitai dès le début de sa syphilis par des préparations hydrargyriques, plus tard il prit aussi un peu d'iodure de potassium.

Ce malade n'avait eu aucune poussée depuis le mois de janvier 1872, et il avait cessé tout traitement depuis le mois de février, lorsque, le 3 juillet de la même année (12e mois de la syphilis), il fut pris sans aucune cause, et tout à coup, étant à sa table de travail et écrivant, d'une douleur très grande et d'une sorte de commotion douloureuse dans le membre supérieur gauche. Cette attaque toute locale et qui n'avait point son origine dans le cerveau, rendit les mouvements difficiles ; il lui était même impossible de lever le bras et de l'écarter du tronc. Deux ou trois jours auparavant il était survenu une douleur dans la jambe droite ; mais elle avait rapidement disparu.

Le 7, le 8 et le 9 les mêmes phénomènes persistèrent. Il n'existait aucune lésion apparente dans les articulations du membre malade, des douleurs irradiantes, paroxystiques, plus vives la nuit que le jour, le parcouraient dans toute son étendue.

Pendant les crises, qui étaient surtout nocturnes, il était parfois difficile et même impossible d'étendre et de fléchir complètement l'avant-bras sur le bras.

Le 4e jour, les phénomènes s'atténuèrent. Le 10, j'examinai toutes les articulations avec le plus grand soin, sans y rien découvrir d'anormal. Le biceps n'était pas en état de contracture ni les autres muscles non plus. Il semblait au contraire, par moments, que tout le bras était paralysé. Le malade ne pouvait pas l'écarter du tronc. Sensibilité cutanée intacte. La main serrait avec force. Les douleurs irradiantes se propageaient depuis l'épaule jusqu'à l'extrémité des doigts. Il n'existait aucune manifestation syphilitique.

Je fis prendre immédiatement des pilules d'hydrargyre et de l iodure de potassium. L'amélioration fut rapide : au

bout de 4 à 5 jours, le malade put se servir de son bras ; au bout de 10 jours il était guéri.

En analysant cette singulière névro-myopathie, je finis par démêler que la douleur avait débuté par le deltoïde et qu'elle y revint toujours très intense.

A côté de ces contractures et de cette impotence musculaire, nous devons signaler le seul cas de *paralysie* que nous avons pu rencontrer.

Observation 11 (inédite).

Service de M. le Professeur Spillmann.

Deux ans après infection, myosite des muscles extenseurs de l'avant-bras droit, avec paralysie des extenseurs. — Gommes sous-cutanées multiples. — Traitement antisyphilitique. — Guérison des gommes et grande amélioration de la myosite 2 mois après.

Le nommé Ma..., manœuvre, âgé de 53 ans, entre au service de M. le Professeur Spillmann le 2 juillet 1898, salle XII, lit n° 3. Comme antécédents héréditaires ne présente rien de particulier.

Antécédents personnels. — Rougeole dans son enfance. N'a pas fait de service militaire à cause d'un trouble de parole. Ethylisme notable.

Il y a deux ans, le malade dit avoir bu dans le verre d'un individu qu'il a su ultérieurement être atteint de syphilis. Une dizaine de jours après, serait apparue sur la pointe de la langue une exulcération surélevée recouverte d'une pseudo-membrane blanchâtre, que, sur le conseil d'un pharmacien, il a cautérisée avec du nitrate d'argent. Le malade ne se rappelle pas combien de temps cette lésion a duré, ni si les ganglions correspondants étaient engorgés.

Depuis, le malade a eu sur la langue et la lèvre inférieure (face postérieure) des syphilides érosives qu'il a continué à cautériser. Il n'a jamais vu de médecin. Il prétend n'avoir pas eu d'autres accidents secondaires.

Le malade est marié, a une fille ; il n'a pris aucune mesure de prophylaxie dans sa famille, mais, d'après son dire, personne de son entourage n'aurait contracté cette affection.

Il y a 8 mois, le malade a eu de grands chagrins à la suite de pertes d'argent, qui l'ont beaucoup affecté.

Etat actuel. — Malade bien constitué primitivement. Actuellement pâle, amaigri. Hernie inguinale droite. Varices aux membres inférieurs ; traces d'ulcères variqueux à la jambe gauche. Légère hernie ombilicale. Nez déformé, dévié à droite ; cette déformation serait congénitale. Depuis une dizaine de jours, manifestations cutanées suivantes :

Au niveau du bras gauche, face antérieure, 4 gommes cutanées ; les 2 supérieures, situées à la partie moyenne du bras, ont la grosseur d'une petite noix, sont régulièrement arrondies, saillantes, indolores, sans engorgement ganglionnaire, de coloration rouge cuivré, dures à la palpation, adhérentes à la peau, qui ne peut être mobilisée au-dessus d'elles, et plongeant dans le tissu cellulaire ; elles sont nettement délimitées.

A la jonction du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur du bras droit, lésion analogue mais ulcérée, actuellement recouverte d'une croûte noirâtre adhérente, enchâssée, autour de laquelle existe un petit liseré blanchâtre, puis une zone rouge cuivré, puis une collerette épidermique en voie de desquamation. Sa dimension est celle d'une pièce de 2 fr. Un peu en dedans, 2 lésions analogues aux précédentes, non ulcérées, dont la grosseur est celle d'une pièce de 20 centimes.

Sur la partie supérieure de la région postérieure de l'avant-bras gauche, petites papules cuivrées, indolentes, non prurigineuses.

Au niveau de la moitié de l'avant-bras droit, dans la région postérieure, petite gomme non ulcérée de la grosseur d'une pièce de 50 centimes.

Dans le 1/4 supérieur de l'avant-bras droit, dans la région postéro-externe, tuméfaction diffuse, ovoïde, douloureuse à la palpation, de 6 cms de longueur environ sur 4 de largeur. Le malade ne peut étendre la main droite, qui est tombante. Cette paralysie des extenseurs s'est produite en même temps que les gommes cutanées du bras gauche. Les doigts sont fléchis et ne peuvent pas être étendus. L'index est moins fléchi que les autres doigts qui sont d'autant plus repliés dans la paume de la main qu'il s'agit d'un doigt plus interne. La supination est possible, mais difficile, lente et beaucoup moins étendue que du côté sain. Dans les autres muscles du corps, pas de formation analogue. Rien d'appréciable dans les os ni dans les tendons.

Au niveau de l'aisselle droite, deux papules rouges, saillantes, squameuses. Trace d'abcès ouvert chirurgicalement au niveau de la fosse sous-épineuse gauche.

Quelques nœvi disséminés.

Quelques cicatrices brunes, arrondies, sur les flancs et la colonne lombaire, dont la malade ne peut indiquer l'origine.

Deux cicatrices blanches, un peu gaufrées, près du rebord costal gauche, en avant.

Au niveau des tibias, cicatrices déprimées, brunâtres, en voie de desquamation, auxquelles la malade attribue une cause traumatique.

Au 1/3 inférieur de la jambe gauche, tubercule cutané, rouge cuivré, recouvert de squames épaisses, de la grosseur d'une pièce de 50 centimes. Trois lésions analogues un peu plus bas mais avec des croûtes épaisses d'un gris verdâtre, peu adhérentes.

Sur la malléole interne gauche et sur la région sous-malléolaire, on trouve une lésion, dont les dimensions sont celles d'une paume de main, à bords polycycliques, dont le centre est pigmenté, et dont la partie périphérique est

recouverte d'épaisses croûtes verdâtres arrondies, assez adhérentes, larges comme une pièce de 50 centimes. Le malade dit que cette lésion n'a jamais donné lieu à aucun écoulement.

Quelques cicatrices pigmentées, petites et disséminées.

Au niveau du membre inférieur droit, sur l'interstice qui sépare le gros orteil du second, rhagade recouverte de croûtes.

Emphysème, artériosclérose.

La langue, après les cautérisations répétées, est déformée ; la pointe est étalée, un peu bifide ; le frein s'attache très près de l'extrémité libre de la langue et contribue à gêner la parole, qui est déjà difficile par vice congénital.

Digestion bonne. Rien de particulier dans le tube digestif.

Pas de céphalée, ni d'insomnie. Léger mouvement fibrillaire de la langue ; réflexe patellaire un peu exagéré ; troubles trophiques des ongles des orteils, caractérisés par un épaississement considérable.

On fait au malade une injection d'huile grise, qu'on répètera toutes les semaines ; de plus 6 gr. d'iodure de potassium par jour.

Le 6 juillet on constate à l'exploration électrique :

Examen faradique. — Excitabilité normale du nerf cubital droit, au coude et au poignet. Excitabilité des muscles extenseurs légèrement diminuée.

Examen galvanique. — Normal.

10 juillet. — La tumeur peut être palpée et même comprimée sans douleur. Pas de changement du côté des gommes du bras.

15 juillet. — Les deux gommes du bras deviennent fluctuantes. L'empâtement des muscles extenseurs est notablement moindre ; le malade peut relever le poignet, et peut le maintenir assez longtemps dans cette position ; mais il ne peut encore étendre les doigts que très faiblement : l'index peut faire un angle droit avec le métacarpien.

19 juillet. — Le malade peut relever le poignet et le laisser dans cette situation. Les trois derniers doigts peuvent faire un angle droit avec les métacarpiens ; les deux premiers peuvent être étendus complètement.

Le volume des gommes du bras a beaucoup diminué. La saillie que formait la gomme de l'avant-bras droit n'est plus visible ; au palper son volume n'est plus que celui d'une noix environ.

4 août. — Les gommes du bras se résorbent de plus en plus. Les croûtes qui recouvrent les deux gommes inférieures du bras gauche ont un aspect ostréacé, ressemblant à des croûtes de rupia. L'extension des doigts n'a pas fait de progrès ; elle est comme au 19 juillet.

12 août. — Les injections d'huile grise sont supprimées. L'iodure est porté à la dose de 8 gr. par jour.

20 août. — Depuis quelques jours, œdème du dos de la main droite (main parésiée) et de la joue droite. Pas d'albumine dans les urines, pas d'iodisme.

30 août. — Le malade quitte l'hôpital.

Les gommes cutanées du bras gauche font à peine saillie. Les deux gommes supérieures sont encore légèrement fluctuantes, mais le liquide se résorbe graduellement.

Les croûtes ostréacées sont tombées, et les gommes qu'elles recouvraient sont en voie de cicatrisation.

L'extension des trois derniers doigts ne peut pas dépasser l'angle droit ; celle des deux premiers peut être à peu près complète.

Le dos de la main droite et la joue droite sont légèrement œdématiés. La tumeur musculaire ne fait plus qu'une très légère saillie qu'on ne perçoit qu'en faisant glisser les téguments sur les plans profonds ; elle ne fait aucune saillie au dehors.

Les petites gommes cutanées, disséminées sur le corps, se réduisent à des cicatrices pigmentées.

La rhagade et la lésion cutanée du pied droit sont guéries ; l'ulcère variqueux s'est légèrement amélioré.

Cette observation est intéressante surtout au point de vue suivant : la paralysie des extenseurs n'est pas provoquée par une affection du nerf cubital, l'examen électrique l'a prouvé, mais bien par une affection des muscles extenseurs.

A côté des contractures, et de cette paralysie, nous trouvons quelquefois des *spasmes musculaires*. Ainsi, dans les observations de Neumann (40, 41, 42, 43, 44), relatives à des myosites du sphincter externe de l'anus, il y existe toujours du ténesme rectal avant et pendant la défécation.

2° *Troubles de sensibilité.* — « L'intensité de la douleur, dit Lœwin (1), est toujours en rapport direct « avec la vitesse du traumatisme : une compression « à développement lent se ressent à peine, une compression plus rapide se manifeste avec plus d'intensité. » Or le processus syphilitique, s'accroissant lentement, ne déterminera pas de troubles violents de sensibilité.

Observation 12.

M. Euthyboule (2).

Myosite des muscles du mollet droit avec ulcération. — Traitement spécifique. — Guérison.

La malade, âgée de 35 ans, blanchisseuse, est venue à nos consultations pour un gonflement et pour une ulcération

(1) Lœwin. *Loco citato.*

(2) *Congrès de dermatologie et de syphiligraphie*, 1889.

ovalaire qu'elle présentait au niveau de la partie charnue du mollet. Le début du gonflement remontait à 4 ans 1/2 ; l'ulcération était survenue depuis 2 mois seulement. Au premier abord on aurait dit des lésions d'origine variqueuse. L'ulcération était superficielle, rouge, granuleuse comme une plaie de vésicatoire, à bords plats, de niveau avec la peau environnante et le fond de l'ulcération, bords déchiquetés et sinueux de contour.

Il y avait quelques veines apparentes à la partie inférieure et interne du genou, quelques veinosités bleuâtres, étoilées au-dessus de la malléole interne, des placards squamo-croûteux tout autour de l'ulcération, la peau était épaissie, colorée avec des poils, développée comme si c'était une jambe d'homme.

Malgré cela, le siège de l'ulcération à la région du mollet, qui n'est pas un fait habituel dans les ulcères variqueux et qui dénote plutôt une origine syphilitique, nous engage à rechercher l'existence de la syphilis que nous ne tardons pas à découvrir avec l'évidence la plus formelle (boutons aux parties il y a 13 ans, maux de gorge, séjour à l'hôpital municipal des vénériennes).

D'ailleurs pas de douleurs profondes gravatives, pas d'engourdissement comme cela a lieu dans le cas de varices profondes. Au lieu de la mollesse spongieuse qu'on rencontre dans ces conditions, induration ligneuse particulière.

Le traitement spécifique amène au bout de quelques jours seulement la cicatrisation complète de l'ulcération : le mollet commence à diminuer de volume, à devenir plus souple, et, 12 jours après le début de la médication, il a repris sa consistance normale et perdu les 4 cm. qu'il avait en plus que celui du côté gauche comme circonférence mesurée à la partie la plus épaisse du mollet, le jour de la première consultation.

Observation 13.

Bouisson (1).

Myosite des sterno-cleido-mastoïdiens chez un homme débile plusieurs années après le chancre. — Perforation du voile du palais. — Traitement spécifique. — Amélioration notable de la myosite.

J.-B. Sér...i de Montpellier, âgé de 55 ans, d'une constitution détériorée par des privations, des chagrins prolongés et par des maladies successives, s'est présenté à mon observation le 25 juin 1845. Il m'a raconté que dans son enfance il avait été affecté d'une hématurie qui avait disparu après une durée de plusieurs mois. Dans sa jeunesse, il eut une blennorrhagie, qui fut imparfaitement traitée et qui se compliqua d'abord d'épididymite, et plus tard d'une irritation très douloureuse et prolongée du col de la vessie.

Pendant plusieurs années, le malade rendait avec difficulté des matières glaireuses et présentait les symptômes rapportés au catarrhe vésical. Délivré de cette indisposition par divers moyens dont il n'a pu me rendre compte, Sér...i s'exposa de nouveau à contracter la syphilis et fut atteint de blennorrhagie et de chancres au gland. Un traitement abortif ayant fait disparaître promptement ces symptômes, Sér...i se crut guéri et ne subit aucun traitement général.

Plusieurs années après surviennent une éruption syphilitique sur le cuir chevelu, une ulcération considérable au voile du palais et des douleurs ostéocopes. Le malade se décida à entrer à l'hôpital général de Montpellier, où il fut méthodiquement traité par la liqueur de Van-Swiéten,

(1) Bouisson. *Tribut à la chirurgie.*

la tisane de salsepareille, les bains au sublimé, etc. Deux des symptômes indiqués cédèrent promptement, mais les ulcérations du voile du palais exigèrent beaucoup plus de temps.

Sér...i quitta l'hôpital avant leur cicatrisation complète; aussi, lorsque l'influence du traitement eut cessé de se faire sentir, le travail destructeur qui s'était manifesté dans l'arrière-bouche recommença-t-il avec une intensité nouvelle ; le voile du palais fut découpé d'une manière fort inégale par l'ulcération vénérienne, la luette tomba, les amygdales participèrent à l'affection, qui ne respecta pas non plus la paroi postérieure du pharynx et envahit même l'ouverture glottique. Sér...i perdit la voix, qui ne consista plus qu'en une prononciation sourde et nasonnée. Il fut obligé de suivre à nouveau un traitement général et local. Des préparations d'or furent administrées ; des gargarismes d'abord émollients, plus tard alumineux, furent employés ; quelques symptômes de phtisie laryngée s'étant manifestés, le malade fut soumis au régime lacté. Ces divers moyens amenèrent une amélioration réelle, mais temporaire.

Quelques mois après leur suspension, le malade s'aperçut du développement d'une tumeur sur la partie antérieure du cou, en même temps que des douleurs se réveillaient dans les os des membres. Ne soupçonnant pas la nature syphilitique de ces nouveaux symptômes, Sér...i ne s'en préoccupa que lorsque la tumeur du cou eut acquis un volume déjà considérable et qu'elle recommença à gêner la respiration. C'est alors qu'il vint me consulter. Voici dans quel état je trouvai cette tumeur.

Sa partie la plus volumineuse correspondait à la poignée du sternum, au niveau de l'insertion des muscles sterno-mastoïdiens ; elle avait dans ce point le volume d'une orange et paraissait un peu bilobée, chaque lobe correspondant lui-même à l'extrémité inférieure des muscles désignés. L'extrémité supérieure de chaque lobe se prolongeait dans la direction du muscle sterno-mastoïdien

à peu près jusqu'à la hauteur de l'os hyoïde. Le muscle était triplé de volume de chaque côté, et faisait par conséquent un relief considérable. L'ensemble de la tumeur représentait une sorte de corde demi-elliptique renflée au point de jonction qui correspondait au sternum.

Cette tumeur était d'une dureté remarquable, surtout au niveau de son prolongement le long du cou ; elle n'offrait du reste aucune trace de fluctuation, ni de disposition lobulée de densité inégale. Aucun battement ne s'y faisait sentir et la peau qui la recouvrait ne présentait ni adhérences ni coloration anormale. La portion libre des sterno-mastoïdiens était seule contractile, mais une raideur complète empêchait la contraction de la moitié inférieure de ces muscles, et cette disposition gênait les mouvements du cou, particulièrement ceux de flexion. Au reste, il y avait peu de sensibilité à la pression et la douleur spontanée qui s'y manifestait n'était ni pulsative comme dans les douleurs inflammatoires, ni lancinante comme dans le cancer. C'était une douleur sourde et contusive, pareille à celle que la syphilis détermine dans la périostose et s'exaspérant dans la nuit et les temps humides.

Je prescrivis des frictions avec 4 grammes de pommade d'hydriodate de potasse et 50 centigrammes d'iodure de potassium à prendre dans 120 grammes d'infusion de saponaire. Un régime sobre et de nature végétale, de la tisane et du sirop de salsepareille furent aussi prescrits à ce malade.

Huit jours après l'emploi de ce traitement il existait déjà une amélioration sensible. La résolution de la tumeur avait commencé à s'opérer ; l'iodure de potassium fut porté à la dose de 75 centigrammes par jour. Dès le vingtième jour, la tumeur avait diminué de moitié et son décroissement suivit une proportion uniforme à mesure que l'influence spécifique et résolutive de l'iodure de potassium se prolongea. Un mois après le commencement de son administration la portion sternale de la tumeur avait complètement disparu. Les muscles sterno-mastoïdiens

avaient repris leur volume primitif, mais leur tiers inférieur était tellement dur qu'on aurait dit qu'un noyau osseux en occupait le centre. Je pense en effet que telle était la cause de la sensation perçue pendant l'exploration.

J'ai cru devoir continuer l'iodure de potassium, à la dose de deux grammes par jour, pendant un mois après la guérison de cette remarquable tumeur et jusqu'à présent il ne s'est manifesté aucun signe de récidive. Le malade paraît complètement rétabli, et ne présente aucun symptôme de son ancienne syphilis.

Cependant, dans certaines observations nous constatons que le premier symptôme est une douleur vive, dans la région du muscle, ou avoisinante.

Observation 14.

Mauriac (1).

Syphilis à forme névropathique, évoluant pendant cinq mois, sans être soumis à aucun traitement. — Céphalée névralgiforme ayant pour centre d'irradiation une tumeur fronto-pariétale gauche survenue au troisième mois de la syphilis. — Accidents douloureux myalgiques et rhumatismaux. — Affection syphilitique du biceps, au cinquième mois de la maladie.

M. F..., cocher, 20 ans, d'une bonne santé habituelle, et n'ayant jamais eu aucune maladie vénérienne ou autre, entra dans mon service à l'hôpital du Midi, pour des chancres infectants suivis au bout de trois mois d'accidents constitutionnels insolites : douleurs de tête très violentes, la nuit principalement, occupant tout le crâne,

(1) Mauriac. *Leçons sur les myopathies syphilitiques.*

paroxystiques et plus intenses à gauche qu'à droite ; au-dessus de l'œil gauche, bosse survenue sans cause extérieure, à base plus large qu'une pièce de cinq francs en argent, sans adhérences à la peau qui était intacte à son niveau, peu sensible à la pression, non fluctuante, point de départ des irradiations névralgiques temporo-pariétales.

Vers la même époque cet homme fut pris de crampes occupant la partie antérieure de la poitrine, au niveau des attaches costales du grand pectoral. Elles étaient si douloureuses qu'elles empêchaient de rapprocher les bras du tronc et leur enlevaient toute force, si bien, disait le malade, qu'il lui eût été impossible de casser un œuf en joignant les deux mains. Il existait en outre un sentiment habituel d'oppression, s'élevant jusqu'à l'orthopnée pendant la nuit.

Quelque temps après, les deux épaules furent prises de douleurs qui envahirent tous les muscles de l'omoplate. Elles étaient exaspérées par les mouvements et plus prononcées le jour que la nuit ; elles durèrent quinze jours environ. L'articulation était intacte. Au commencement de juin (cinquième mois de la syphilis), une douleur vive se produisit dans le bras gauche des deux côtés de l'olécrane, en arrière, et en arrière sur le côté externe du biceps, au niveau du pli du coude, exaspérée par les mouvements et accompagnée d'une sensation de pesanteur dans les bras. L'extension complète de l'avant-bras sur le bras était impossible, bien qu'il n'existât aucun changement matériel dans l'articulation du coude, si ce n'est la tension du tendon du muscle biceps. Dans le pli du coude, à droite, il y avait également aussi un peu de douleur, mais sans affection bicipitale.

Aux extrémités inférieures il y eut aussi des phénomènes douloureux dans la partie interne et antérieure des deux cuisses, dans les jarrets et au pourtour de l'articulation du genou qui était exempte de toute inflammation ainsi que les gaines tendineuses qui la côtoient.

Lorsque ce malade entra dans mon service, il avait une éruption papuleuse extrêmement confluente qui datait de deux mois. Il éprouvait encore des douleurs intolérables dans plusieurs des points précédemment indiqués. Quoiqu'il eût beaucoup souffert, sa santé générale n'avait pas été très altérée, ce qui permit d'instituer un traitement mixte et énergique qui le guérit à peu près de tous ces accidents au bout de deux mois. Il sortit à la fin d'août. Son chancre avait débuté en février.

Observation 15.

Mauriac (1).

Syphilis à forme névropathique. — Dès le deuxième mois du chancre, douleurs névralgiformes dans les extrémités, surtout dans le bras droit. — Arthropathie des gros orteils. — Au quatrième mois, affection syphilitique du biceps gauche, légère, de peu de durée, accompagnée de douleurs et sans lésions du coude. — Syphilide papulo-crustacée discrète. — Intensité et persistance des phénomènes névropathiques douloureux. — Amaigrissement et perte des forces.

D... (Louis), 45 ans, chapelier, entré dans mon service le 5 janvier 1870, salle 8, n° 18, s'était toujours bien porté et n'avait eu d'autre maladie qu'une petite vérole confluente, à l'âge de 26 ans, dont sa figure est restée toute couturée. Je ne découvris dans ses antécédents aucune affection vénérienne, ni aucune maladie constitutionnelle héréditaire ou acquise.

Vers la fin de novembre 1869, dix jours après le dernier coït avec une femme qu'il voyait habituellement, il survint un chancre dans la rainure balano-préputiale. Quand il

(1) Mauriac. *Leçons sur les myopathies syphilitiques*.

entra dans mes salles, il avait des adénopathies spécifiques multiples, une roséole érythémateuse qui disparut assez vite sous l'influence du traitement.

Le 20 ou le 25 janvier (deuxième mois du chancre), ce malade fut pris de douleurs vives dans le bras et dans l'épaule du côté droit, sans raideur dans les mouvements et sans gonflement au niveau des articulations. Ces douleurs, plus intenses la nuit que le jour, empêchaient tout sommeil ; elles consistaient en élancements qui irradiaient tout le long du bras, de l'avant-bras jusqu'au poignet ; elles étaient accompagnées d'une sensation de lourdeur et de brisement, sans crampes ni paralysie. Les mouvements calmaient ces phénomènes douloureux.

Huit ou dix jours après, il survint dans les deux jambes, principalement dans la partie moyenne des cuisses, des douleurs crampoïdes, surtout nocturnes et assez violentes pour empêcher la marche. Outre ces accidents, il se produisit de la tuméfaction au niveau des gros orteils, sans rougeur et sans œdème, comme si le périoste ou les éléments fibreux eussent été seuls intéressés. (Pas de goutte dans la famille.) Les douleurs musculaires et articulaires persistèrent avec beaucoup de violence pendant huit ou dix jours.

Il y eut du mieux vers le milieu de février ; mais à la fin du mois, les douleurs revinrent dans les bras et dans les jambes, sous forme d'élancements nocturnes, et il se produisit, sur la peau, une poussée discrète de papules plates caractéristiques.

Le 3 mars (quatrième mois révolu de la syphilis), je constatai l'état suivant : sommeil agité ou insomnie.

Il existe, du côté gauche, l'affection syphilitique du biceps, caractérisée par l'impossibilité d'étendre complètement l'avant-bras sur le bras, sans provoquer une très vive douleur. Il n'y a du reste aucune lésion du coude.

Le gros orteil droit est le siège d'une tuméfaction notable et douloureuse, avec gonflement des têtes osseuses,

mais sans empâtement périphérique. Syphilide papuleuse discrète.

Cette situation se prolongea plusieurs jours, malgré le traitement spécifique. Après des alternatives variables, les douleurs étaient encore très vives dans tout le membre supérieur droit, le 5 avril (cinquième mois de la syphilis). Elles partaient de la pointe de l'omoplate, du creux de l'aisselle et de la partie antérieure de l'épaule, et se propageaient le long du bras et de l'avant-bras, en avant et en arrière, jusqu'à l'extrémité des doigts, en s'accompagnant là d'une sensation de pesanteur, d'engourdissement presque continuelle. Pas de points douloureux à la pression, pas d'anesthésie cutanée. Affaiblissement de la force musculaire.

Vers cette époque, quelques-unes des papules plates étaient devenues croûteuses, il existait de l'agitation nocturne, de l'insomnie ; et, comme le malade éprouvait en même temps de l'obnubilation, des étourdissements, de la tendance à la lipothymie, des vomissements, je craignais qu'il ne se fît une détermination syphilitique du côté de l'encéphale ; heureusement qu'il n'en fut rien. L'attaque névropathique se borna à cette névralgie brachiale droite, qui ne présentait pas d'exacerbations nocturnes bien franches, ni une localisation précise sur telle ou telle branche nerveuse, mais qui n'en était pas moins assez violente pour troubler la santé générale et provoquer des phénomènes sympathiques éloignés.

Observation 16.

Mauriac (1).

Myopathie du biceps gauche avec douleurs névralgiformes, irradiantes. — Traitement mixte. — Guérison.

(1) Mauriac. *Loco citato.*

M. L... Louis, âgé de 16 ans, épicier, entré le 26 juin 1869, dans mon service à l'hôpital du Midi, salle 8, n° 40, jouissait d'une excellente santé et n'avait jamais eu aucune maladie, lorsque, vers la fin de février 1869, il eut commerce avec une coureuse du boulevard Saint-Martin. 10 ou 12 jours après, apparition de trois chancres infectants, dont deux siégeaient sur la racine de la verge et le troisième sur le limbe du prépuce. Ce dernier avait produit un phimosis dont j'opérai le malade au commencement de mai 1869.

La première poussée des accidents consécutifs consista en une roséole érythémateuse et des plaques muqueuses de la gorge et de l'anus.

Une deuxième poussée eut lieu vers le 4e mois du chancre et le 28 juin le malade présentait l'état suivant : roséole papuleuse discrète, taches érythémateuses. Nouvelle éruption de plaques muqueuses à la bouche et à l'anus. Souffle systolique à la base du cœur ; bruits continus avec redoublement dans les vaisseaux du cou.

Quelques jours auparavant, dans les premiers jours de juin, le malade avait été pris tout à coup d'une douleur occupant le 1/3 inférieur du bras gauche ; cette douleur paroxystique, plus forte la nuit que le jour, était exaspérée par les mouvements de l'avant-bras sur le bras. Son maximum d'intensité occupait le bord interne du tendon du biceps, au point d'insertion des fibres musculaires. De là elle irradiait jusqu'à l'extrémité supérieure du muscle.

A ces phénomènes douloureux s'ajouta, au bout de quelques jours, l'impossibilité d'étendre complètement l'avant-bras sur le bras. Quand on essayait d'obtenir par force l'extension complète, les souffrances devenaient intolérables. Je ne constatai pourtant aucune lésion dans le corps ni dans les extrémités du muscle biceps, qui ne paraissait point en contracture, du moins dans l'ensemble de ses fibres.

Le 1/3 inférieur du muscle triceps brachial était aussi très douloureux pendant la contraction musculaire.

Des explorations répétées ne me firent découvrir aucune lésion dans l'articulation ni dans les parties adjacentes.

La position demi-fléchie était celle pendant laquelle le malade souffrait le moins. Faiblesse, engourdissement, pesanteur dans tout le membre supérieur gauche, sans aucune modification de la sensibilité cutanée.

Névralgie faciale droite.

Le malade éprouvait aussi des douleurs très vives dans les masses musculaires de la cuisse gauche en avant et en arrière, ainsi que dans les muscles du mollet. Ces douleurs descendaient jusqu'au pied gauche et se prolongeaient le long de leur plante jusqu'aux orteils. Elles étaient assez vives quelquefois pour empêcher la marche. On ne constatait aucune modification matérielle appréciable dans les parties douloureuses.

Ces douleurs musculaires des membres, qui siégeaient d'abord exclusivement à gauche, se produisirent aussi du côté droit, mais avec moins de violence. L'extension complète devient impossible dans le coude droit, sans qu'il existât de contracture apparente du biceps ni d'aucun autre muscle du bras. Les douleurs musculaires ou névralgiformes se produisirent aussi dans la plante du pied droit.

Je soumis le malade à un traitement mixte hydrargyrique et ioduré. Au bout de 15 jours, ces douleurs des membres avaient beaucoup diminué. Le malade sortit le 21 juillet n'ayant plus aucun accident. Cette myopathie musculaire syphilitique avait donc duré environ 50 jours.

Cette douleur spontanée, que l'on constate au début de l'affection, peut encore s'observer pendant toute la période d'état. Elle peut exister sous différentes formes : crampes, douleurs nocturnes.

Observation 17.

Lœwin (1).

Myosite du mollet. — Crampes. — Paralysie faciale.

Femme âgée de 39 ans. Infectée par son mari en 1879. Syphilides sur le corps. Traitée par des frictions. En 1883, iritis et exanthèmes papuleux de tout le corps, érosions de la langue, sclérodermie de toute la peau ; 32 injections de sublimé 0,005-0,01. Tuméfaction du mollet : 10 cms de largeur sur 15 cms de long. Crampes au mollet. 11 ans après son chancre, paralysie de la face et myosite des muscles du mollet. Traitée avec injections sous-cutanées de sublimé.

Observation 18.

Lœwin (2).

Myosite du mollet dans la 8e année de la syphilis. — Crampes.

Homme. 36 ans. Chancre en 1882. Sclérose et roséole traitées par des frictions. En 1890 récidive ; ulcérations de la langue. A la fin de 1890 son état est le suivant : nodosités, exanthèmes de tout le corps, érosions des amygdales, adénopathie ; crampes très fortes pendant la nuit, dans la région du mollet. Contracture légère. Myosite du mollet. Traité par injections sous-cutanées de sublimé.

(1) Lœwin. *Loco citato.*
(2) Lœwin. *Loco citato.*

Observation 19.

Ricord (1).

Homme. 10 ans après chancre induré, myosite des fléchisseurs de l'avant-bras. Le coude droit est fermé. Douleurs spontanées dans le bras. Traitement à l'iodure de potassium.

Observation 20.

Mauriac (2).

Myosite du biceps droit 9 mois après le chancre. — Douleurs nocturnes.

Homme. Chancre au commencement d'avril 1869. Après 4 semaines, plusieurs chancres. Dans cette année, suit 2 fois le traitement spécifique. En janvier 1870, douleurs progressives, la flexion du bras impossible à cause du biceps droit. Le 27 janvier, deux tumeurs sous-cutanées près du coude ; l'une est fluctuante, l'autre ne l'est pas. Arthropathie. 9 mois après le chancre, myosite du biceps droit avec papules, hydarthrose du coude droit et légère inflammation de la synoviale.

L'extension et la flexion sont très pénibles. L'avant-bras est toujours fléchi sur le bras. Très vives douleurs dans le coude droit, pendant la nuit jusqu'au matin. Frictions mercurielles *loco dolenti*. Grande amélioration.

(1) Mauriac. *Leçons sur les myopathies syphilitiques.*

(2) Mauriac. *Leçons sur les myopathies syphilitiques.*

Observation 21.

Ricord (1).

Homme. Traité au mercure dès l'apparition de manifestations syphilitiques secondaires. Un an après, ulcération du cou. Etat actuel : ulcérations de la gorge, myosite des fléchisseurs de l'avant-bras. Le coude droit est fermé. Douleurs spontanées dans le bras. Traitement à l'iodure de potassium. Guérison en 6 semaines.

Ces douleurs spontanées ne semblent pas appartenir à la myosite, c'est-à-dire à l'affection *musculaire ;* elles paraissent produites par l'inflammation de tissus voisins, les tendons, le périoste. En effet, les cas dans lesquels nous constatons des douleurs spontanées ne sont pas nombreux ; en outre, ces douleurs se localisent, non pas dans la partie charnue du muscle, mais plus fréquemment dans ses insertions, dans les tendons et dans le périoste.

Elles appartiennent, en général, à des personnes nerveuses.

Le symptôme, *douleur*, de la myosite, est une douleur sourde, se manifestant quelquefois à la pression (Observation 11 et la suivante).

(1) *Archives de derm. et de syph.* 1875.

Observation 22.

Lœwin (1).

Myosite du mollet droit. — Douleur à la pression.

Fille publique, 26 ans. A suivi trois traitements. Un an et demi après le chancre, myosite des muscles du mollet droit. La mobilité est pénible. La jambe est immobile. Douleur à la pression et quand la malade remue le pied. Traitement par injections sous-cutanées de sublimé.

Notta (2) relate un fait assez curieux : un muscle fléchisseur atteint d'une myosite, lorsqu'il se contractera, même en soulevant un poids considérable, ne sera pas douloureux ; si le malade relâche complètement son muscle, et si l'on cherche à étendre le membre correspondant, on provoquera une douleur très vive, surtout aux insertions tendineuses.

Observation 23.

Mauriac (3).

Myosite du biceps gauche apparue le 15e mois de la syphilis. — Extension complète impossible. — Extension de l'avant-bras droit et de la jambe gauche douloureuse. — Guérison.

(1) Lœwin. *Loco citato.*

(2) Notta. *Archives générales de médecine*, 1850, page 427.

(3) Mauriac. *Loco citato.*

Le malade, entré le 6 mai 1873 dans mon service, salle 8, n° 7, n'était âgé que de 16 ans. Il avait contracté un chancre infectant à la fin de février 1872.

C'était une balano-posthite avec phimosis accompagnée d'une pléiade ganglionnaire spécifique dans les deux aines.

Au mois d'avril, c'est-à-dire 5 ou 6 semaines après, il entra à l'hôpital Saint-Antoine pour une éruption cutanée superficielle qu'on traita avec des pilules de protoiodure. Il fut plus tard admis deux fois dans mon service pour divers accidents consécutifs légers.

La dernière fois, il avait une récidive de roséole érythémateuse confluente et des plaques muqueuses buccales.

Il n'était que depuis deux jours dans mon service lorsque, le 8 mai (15e mois de la syphilis), il éprouva les premiers symptômes de l'affection syphilitique du biceps, du côté gauche. Peu à peu l'extension complète devint impossible et douloureuse. Le mouvement forcé de flexion présentait les mêmes caractères. Ces phénomènes augmentèrent graduellement. Puis ils se manifestèrent, mais très atténués du côté droit. Dans le creux poplité gauche, il y eut aussi quelque chose d'analogue.

Le processus fut remarquable par sa lenteur, et le traitement spécifique mercuriel ne parut pas avoir grande action sur lui pour l'arrêter ou le modérer.

L'avant-bras gauche est en demi-flexion sur le bras. L'extension complète est absolument impossible. Le tendon du biceps formait une corde rude et rigide au-dessous de la peau. Le corps du muscle, surtout dans sa moitié inférieure, était un peu plus dur et plus épais que celui du côté opposé. On sentait même, en le pressant, une rénitence dans sa partie profonde.

L'articulation explorée avec le plus grand soin dans toutes ses parties ne présentait aucune altération. Une pression très vive, dans le pli du coude, au-dessus de la bourse synoviale du tendon bicipital, ne causait aucune douleur.

Les mouvements du radius sur le cubitus, même les mouvements forcés de pronation et de supination, étaient parfaitement libres et indolents.

Quant au mouvement forcé d'extension de l'avant-bras sur le bras, il provoquait au contraire une violente douleur, et augmentait la saillie du tendon, qui paraissait plus court que celui du côté opposé. La flexion forcée et complète était impossible et douloureuse, mais à un degré moindre que le mouvement en sens contraire.

On pouvait pétrir, malaxer dans tous les sens, les muscles du bras et de l'avant-bras, ainsi que l'articulation du coude, sans provoquer aucune souffrance.

Enfin il n'existait pas de douleurs spontanées fixes ou irradiantes et névralgiformes.

Dans le pli du coude il y avait aussi une douleur provoquée par le mouvement d'extension complète.

Dans le creux du jarret gauche, douleur de même nature, également provoquée par l'extension complète de la jambe sur la cuisse.

La santé générale était très bonne.

Le 9 juillet (2e mois révolu de l'affection bicipitale), il n'était encore survenu aucun changement notable.

Le 16, dans le coude droit, au niveau du pli, douleur en pressant le côté externe du tendon. Impossibilité de fléchir complètement l'avant-bras sur le bras, soit dans la pronation soit dans la supination. — Articulation intacte.

Le 26 juillet. la flexion complète était impossible et douloureuse dans les deux membres supérieurs, mais l'extension se faisait mieux à gauche.

Un mois après, le 25 août, l'extension de l'avant-bras gauche sur le bras se faisait complètement et sans souffrance. Il n'existait plus rien d'anormal à droite.

D'autres fois, la myosite interstitielle est accompagnée de douleurs irradiées comme dans l'observation 10 et dans la suivante.

Observation 24.

Mauriac (1).

Douleurs dans le biceps droit. — Flexion complète du bras très douloureuse.

Un jeune homme, âgé de 23 ans, était au huitième mois et demi de la syphilis ; il avait une roséole confluente vers la partie supérieure du tronc. Aucun trouble de la santé générale. A cette époque-là, malgré le traitement institué depuis 15 jours, il fut pris de douleurs dans l'articulation du coude droit, sur la partie interne du biceps au niveau du pli. L'extension était complète. Mais la flexion de l'avant-bras sur le bras ne pouvait pas se faire complètement à cause d'une douleur aiguë ressentie au lieu indiqué. Cette douleur était surtout intolérable dans la supination. Mais si l'avant-bras était dans la pronation elle diminuait et la flexion complète était possible. Aucune douleur à la pression, aucune modification matérielle appréciable.

3° *Symptômes objectifs.* — La position du membre dépend de la fonction du muscle atteint, de la douleur et de l'âge de la myosite. Si c'est, par exemple, une myosite du biceps brachial, l'avant-bras sera fléchi sur le bras, suivant un angle d'autant plus aigu que la douleur qu'éprouve le malade sera plus vive dans l'extension, et d'autant plus que la myosite sera plus développée.

Le volume du membre malade sera augmenté, ce qui est constaté dans les observations 32, 48, 49 ; cette

(1) Mauriac, *Leçons sur les myopathies syphilitiques.*

augmentation de volume dépend naturellement de la durée de la myosite. La peau est normale, sans changement de coloration. Dans le muscle on sent une tumeur mal limitée, diffuse, la peau ne lui est pas adhérente. Elle appartient au muscle, puisqu'elle suit tous ses mouvements, pendant sa contraction et pendant son relâchement. Sa consistance est variable ; tantôt elle diffère peu de celle du muscle, tantôt, elle est dure comme de la pierre (Observation 32), comme du bois (Obs. 12).

Observation 25.

Boaman (1).

Homme âgé de 40 ans. Chancre induré en 1874. Aucune autre manifestation. En janvier 1888 gonflement du côté gauche du cou. Infiltration du sterno-cleido-mastoïdien, dur comme du bois, 15 ans après l'infection ; en même temps myosite gommeuse du même muscle.

Observation 26.

Ricord (2).

Homme. Exostoses du tibia gauche. Myosite des fléchisseurs de l'avant-bras droit. Le coude droit est fermé. Les fléchisseurs forment une tumeur dure, et douloureuse pendant la nuit. Traitement à l'iodure de potassium, 3 grammes par jour. Guérison.

(1) *In* Lewin. *Loco citato.*
(2) *Ann. de syph. et de dermat.* 1875.

MYOSITE GOMMEUSE

I. Période de développement. — Les myosites gommeuses s'installent, sans symptôme apparent, comme les myosites diffuses. Leur première manifestation est généralement l'apparition d'une tumeur, sans aucune gêne dans la fonction du muscle.

II. Période d'état. — 1° *Troubles de motilité.* — Les troubles de motilité sont les mêmes que ceux produits par la myosite diffuse : gêne dans les mouvements (observations 50, 53, 54, 59), avec quelquefois contracture (observation 50).

2° *Troubles de sensibilité.* — La douleur accompagne souvent la gomme musculaire. Tantôt elle se fait sentir pendant la nuit (observation 50), tantôt elle ne se produit qu'à la pression (obs. 56) ou pendant le mouvement.

3° *Symptômes objectifs.* — Au fur et à mesure de leur développement, les gommes se dégagent du tissu musculaire ; elles prennent une « physionomie personnelle » qui les différencie des myosites diffuses.

Leur forme est généralement ovoïde ou fusiforme, suivant le muscle affecté. Leur volume est très variable. La peau est sans changement de coloration.

A la palpation on constate tout d'abord que la peau ne leur est pas adhérente ; leurs contours sont précis, réguliers. Leur consistance est ferme, et on les différencie assez facilement du muscle qui durcit en se contractant, pour se ramollir dans le relâchement. Ces tumeurs sont relativement mobiles, dans le muscle à l'état de repos ; on peut les déplacer légèrement si elles appartiennent à un muscle assez volumineux.

III. Période d'évolution. — La gomme continue à évoluer, elle passe de l'état solide à l'état liquide. Cette transformation s'effectue généralement sans symptôme autre qu'à la palpation, au lieu d'une tumeur dure, on trouve une tumeur fluctuante. Quand le muscle est superficiel et la gomme petite, la peau rougit, adhère à la tumeur, puis s'ulcère ; et il s'écoule alors un liquide filant, gommeux, ou purulent. « On se trouve alors en « présence d'une cavité ulcéreuse plus ou moins vaste, à « bords taillés à pic, à parois stratifiées comme celles des « ulcérations gommeuses, à fond grisâtre, inégal, fon- « gueux, constitué par la portion non ramollie du néo- « plasme qui la sépare des fibres musculaires ou des par- « ties adjacentes (1). »

Pour les myogommes volumineux des grands muscles, leur marche est tout autre :

« Elles commencent pas perdre leur mobilité, même « pendant le relâchement du muscle ; elles contractent « des adhérences avec les parties voisines, les englobent, « les compriment, déterminent un œdème demi-inflam- « matoire ou même phlegmoneux du tissu cellulaire

(1) Mauriac. *Syphilis tertiaire*, p. 465.

« sous-cutané, tendent la peau qui devient adhérente, « rouge, chaude, luisante, s'amincit rapidement, se « décolle, s'ulcère et livre passage à une matière bru- « nâtre, épaisse, filante, au milieu de laquelle on trouve « parfois des bourbillons, des flocons plus ou moins « étendus de tissu cellulaire mortifié, indice du travail « de destruction rapide, de sphacèle en masse, qui s'est « emparée de la tumeur et des parties adjacentes (1). »

(1) Mauriac. *Loco citato*, p. 465.

ETIOLOGIE

La syphilis, acquise ou héréditaire, peut donner lieu à des accidents tertiaires. La syphilis acquise peut produire des myosites diffuses et des myosites gommeuses. Nous avons trouvé trois observations de myosite gommeuse héréditaire, nous n'avons pu trouver un seul cas de myosite diffuse héréditaire.

Les accidents tertiaires ne sont pas dus, comme le disait Wirchow (1), à un traitement mercuriel prolongé; ils sont, au contraire, favorisés, comme l'ont démontré de Vadja, Neumann, Mauriac, Fournier, Haslund, par l'absence ou l'insuffisance du traitement antisyphilitique, par des vices constitutionnels, et par toutes les causes de misère physiologique. Voyons quelles sont les causes des myosites, en particulier.

(1) Wirchow. *Pathologie des tumeurs*, t. II, p. 390.

MYOSITE INTERSTITIELLE

Nous avons pu réunir 51 observations de myosite interstitielle ; elles vont nous servir à établir son étiologie.

1° *Sexe.* — 47 fois le sexe est indiqué ; on constate :

32 hommes.
15 femmes.

2° *Age.* — Dans 37 observations on mentionne l'âge des malades. Il se répartit de la façon suivante :

16 à 20 ans	4	cas.
21 à 30 —	17	—
31 à 40 —	12	—
41 à 50 —	1	—
51 à 60 —	3	—

Ces chiffres montrent que c'est entre 20 et 40 ans que la myosite interstitielle se rencontre le plus fréquemment.

3° *Professions.* — Elles n'ont pas été indiquées d'une façon générale dans les observations. Cependant sur les 20 cas où elles sont mentionnées on constate que 12 cas appartiennent à des ouvriers ayant un travail actif, et que 8 appartiennent à des personnes sédentaires (banquier, avocat, gouvernante, etc.)

4° *Antécédents.* — Nous ne pouvons pas conclure comme plusieurs auteurs que le rhumatisme, la tuberculose, ou une autre dyscrasie, favorise ou non le développement de la myosite. Ces antécédents ont été omis dans la plupart des observations.

Dans quelques observations nous constaterons un traitement antérieur insuffisant. En général, les malades se soignent lors des premières manifestations syphilitiques, puis ils cessent leur traitement dès que ces manifestations ont disparu, pour le reprendre quand elles réapparaissent.

Traitement antérieur nul.....	4 cas.
Traitement antérieur insuffisant.....	6 —
Traitement antérieur bien suivi... .	2 —

Dans les autres observations, on ne mentionne pas de traitement antérieur.

5° *Rapports chronologiques.* — On a mentionné 40 fois le temps qui s'est écoulé depuis l'infection jusqu'à l'apparition de la myosite.

Ces 40 cas se divisent ainsi :

14	malades	1 à 6 mois	après l'infection.
8	—	6 à 12 —	—
6	—	1 à 2 ans	—
2	—	2 à 3 —	—
3	—	3 à 4 —	—
2	—	4 à 10 —	—
5	—	10 ans et plus	—

La myosite interstitielle est donc plus fréquente dans la première année qui suit l'infection que dans toute autre année. Cette conclusion ne concorde pas avec

celle de Jullien (1) qui prétend que la myosite est plus fréquente dans les 4, 4 1/2, 5, 5 1/2 et 7e années qui suivent l'infection. Elle ne concorde pas non plus avec la date d'apparition des accidents tertiaires en général : leur moyenne étant la 3e année.

La myosite interstitielle appartient-elle à la période tertiaire de la syphilis ?

Il semble bien difficile de répondre à cette question. En effet les myosites des observations 28 et 29 accompagnées d'accidents secondaires, plaques muqueuses, éruption vésiculeuse, se montrant dans les premiers mois de l'infection, semblent appartenir à la période secondaire :

Observation 27.

Neumann (2).

3 mois après l'infection, myosite diffuse de l'extenseur commun des doigts.

Observation 28.

Mauriac (3).

Myosite des fléchisseurs superficiels, côté gauche, survenue 8 à 10 mois après l'infection.

En 1861 une jeune fille âgée de 20 ans entre dans le service du professeur Lasègue, pour des douleurs occupant

(1) Jullien. *Traité pratique des maladies vénér.*, 1886, p. 922.
(2) In Lewin. *Loco citato.*
(3) Mauriac. *Syphilis tertiaire*, p. 443.

la partie antérieure de l'avant-bras gauche. On constatait dans cette région, depuis le pli du coude jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'articulation du poignet. une tuméfaction diffuse, de la douleur à la pression, de la consistance, de la tension et une légère teinte rosée de la peau. On aurait pu croire, au premier abord, qu'il s'agissait d'un phlegmon au début. Les symptômes avaient évolué avec une grande rapidité et présentaient, dans leur ensemble, l'allure et la physionomie d'une inflammation commune de moyenne intensité. Mais en explorant les parties avec plus d'attention, je ne trouvai aucun empâtement dans le tissu cellulaire ; la peau était libre et glissait facilement sous les parties sous-jacentes. On sentait que la lésion existait *au-dessous de l'aponévrose* ; la tension était uniforme, diffuse, sans trace de nodosité ; la consistance un peu dure et élastique. Il n'y avait point de fluctuation. Les douleurs spontanées ou provoquées étaient sourdes, profondes, et n'avaient pas l'acuité des douleurs du phegmon aigu. Les doigts étaient à demi fléchis dans la main et ne pouvaient être redressés. Le diagnostic anatomique pouvait se faire avec les seuls phénomènes de l'affection. Celui de la cause constitutionnelle était rendu encore plus facile par l'existence d'une roséole érythémato-papuleuse et par la présence de plaques muqueuses dans la gorge. Cette myosite syphilitique qui occupait la masse des fléchisseurs superficiels était donc relativement précoce, puisqu'elle était survenue pendant *les 8 ou 10 premiers mois de la maladie constitutionnelle.* Elle était dégagée de toute complication, sans ténosite ni inflammation spécifique des gaines tendineuses. Elle marcha avec rapidité vers la résolution, du moment qu'on eut institué un traitement spécifique mixte. La guérison eut lieu complètement en quelques jours et sans laisser aucun vestige de la tuméfaction diffuse, ni aucun trouble fonctionnel.

Observation 29.

Mauriac (1).

Myosite des deux biceps et des jumeaux survenue 3 mois après le chancre.

Homme âgé de 21 ans. Chancre en mars 1869. Adénite inguinale. 2 mois plus tard, éruption vésiculeuse. 3 mois après le chancre, myosite diffuse des deux biceps et d'une partie des deux jumeaux. La flexion et l'extension sont très pénibles. Le coude est plié. Douleur au toucher dans le coude droit; la douleur est moindre au coude gauche; quelques douleurs irradiées dans les genoux. Traité au mercure. Grande amélioration.

L'observation suivante semble au contraire démontrer que la myosite diffuse est une manifestation tertiaire.

Observation 30.

Leissl (2).

Myosite du biceps fémoral survenue 16 ans après le chancre.

Homme. Syphilitique depuis l'âge de 18 ans. Depuis deux ans, contracture du biceps fémoral droit. 16 ans après le chancre induré, myosite diffuse du biceps fémoral droit, avec gommes ulcérées et fétides de la peau. Ne peut

(1) Mauriac. *Leçons sur les myopathies syphilitiques.*
(2) *Traité de la syphilis*, in Levin : *loco citato.*

plus marcher qu'avec des béquilles : la jambe est fléchie sur la cuisse. Traitement au mercure et à l'iodure de potassium.

Comme l'on sait que l'accident tertiaire est une manifestation chronique, localisée, située en général dans un organe interne, et pouvant se développer plus ou moins longtemps après le début de l'infection, nous dirons, sans nous inquiéter de l'époque de son apparition, que la myosite diffuse appartient à la période tertiaire.

6° *Manifestations syphilitiques simultanées.* — Toutes les observations relatent ce fait, que les myosites interstitielles sont toujours accompagnées d'autres manifestations syphilitiques. Selon l'âge de l'infection, on constate tantôt des plaques muqueuses, tantôt de la céphalée nocturne, tantôt de la roséole, tantôt des exanthèmes maculeux ou papuleux, tantôt des gommes sous-cutanées ou profondes.

7° *Muscles atteints.*

Biceps brachial....	19 fois	(le biceps gauche plus souvent que le droit)
Masséter	5	fois.
Sphincter externe de l'anus	6	
Muscles fléchisseurs de l'avant-bras	5	
Deltoïde	5	
Long supinateur.....	3	
Extenseur commun des doigts.....	3	
Sterno-cleido-mastoïdien.....	3	
Jumeaux.....	3	
Temporal.....	3	
Grand pectoral.....	2	
Grand dentelé	2	
Muscles du mollet.....	2	
Solaire	2	

Triceps brachial	2 fois.
Vaste externe	1
Muscles de la hanche	1
Triceps fémoral	1
Muscles du bras	1
Muscles de la cuisse	1
Muscles du dos	1
Muscles de la nuque	1
Muscles de l'avant-bras	1
Biceps fémoral	1
Ptérygoïdien externe	1
Oculo moteur externe	1

Les muscles du membre supérieur sont donc les plus fréquemment atteints, et le biceps tout particulièrement ; les muscles fléchisseurs sont en plus grand nombre que les muscles extenseurs.

Nous avons pu recueillir 5 cas de myosite du masséter. Nous en produisons les observations, car cette localisation a paru très rare à M. Fournier.

Observation 31.

Ph. Boyer (1).

Myosite du masséter, avec périostose. — Contracture de la mâchoire. — Guérison.

En 1844 (25 avril), une femme se présenta à la consultation de Saint-Louis avec impossibilité d'écarter les mâchoires. On admit, par élimination des autres causes, que le mal était syphilitique ; d'ailleurs on découvrit une

(1) Mauriac. *Syphilis tertiaire*, page 453.

périostose à la tempe droite. La malade raconta que son affection datait de trois ans ; qu'il y avait eu d'abord raideur des mouvements de la mâchoire, puis tumeur à la tempe droite, et induration dans la branche de la mâchoire. Cette induration n'était autre que la contraction du masséter. Le resserrement des mâchoires était devenu tel qu'une grosse molaire s'était brisée.

Au moment de l'examen par M. Ph. Boyer, on ne pouvait pas introduire le petit doigt entre les deux mâchoires. La malade ne se nourrissait que de liquides et de mie de pain. La mâchoire offrait une tuméfaction que, par le toucher, on arrivait à rapporter au masséter. Ce muscle était dur et fortement contracté, tandis que celui du côté opposé était sain. La tumeur de la tempe droite, dure et dépourvue de souplesse, avait les caractères d'une périostose. Depuis 4 à 5 ans, il existait dans le côté droit de la tête des douleurs violentes, presque continues, avec exacerbation pendant la nuit.

On prescrivit des frictions mercurielles.

L'amélioration fut prompte et, au bout de 6 mois, on constatait que les mâchoires s'écartaient comme à l'état normal. Au commencement de 1845 il ne restait plus de traces de la maladie et tout traitement fut supprimé.

Observation 32.

Guyot (1).

Myosite du masséter droit. — Contracture de la mâchoire.

Femme de 36 ans présentant un gonflement de la région temporo-massétérine avec impossibilité d'ouvrir la bouche.

(1) Mauriac. *Syphilis tertiaire*, page 453.

L'affection datait de 3 ans. Elle avait débuté par des douleurs nocturnes à la joue affectée, s'exaspérant la nuit au point de rendre le sommeil impossible.

Plus tard, augmentation progressive de la région malade et resserrement graduel de la mâchoire inférieure. Au moment où elle se présente à la consultation de l'hôpital de Lariboisière, le 23 mars 1873, il existait une tuméfaction très sensible de la région temporo-massétérine droite sans changement de coloration et de consistance à la peau. La tumeur, dure, ligneuse, indolente à la pression, était exactement limitée aux muscles temporal et masséter. Rien du côté des os. Mouvements de latéralité intacts. On pouvait à peine introduire entre les mâchoires le manche d'un porte-plume. Pas d'antécédents syphilitiques reconnus ou avoués. Néanmoins iodure de potassium. Au bout d'un mois amélioration, et enfin guérison au bout de 3 mois.

Observation 33.

Lewin (1).

Myosite du masséter temporal, et ptérygoïdien interne.

Homme âgé de 28 ans, restaurateur. En 1887, sclérose du pénis, soignée au mercure et à l'iodure de potassium. Après ce traitement, syphilides du cou. Deux ans et demi après cette sclérose, myosite des muscles masséter, temporal et ptérygoïdien interne, compliquée d'une adénite des deux aines. L'ouverture de la bouche est difficile. Douleurs violentes pendant la mastication. Céphalée. Traitement par des injections sous-cutanées de sublimé.

(1) Lewin. *Ueber myositis syphilitica diffusa s. interstitialis.*

Observation 34.

Bouilly, Hôpital Saint-Louis (1).

Myosite du masséter. — Traitement ioduré. — Guérison.

Femme de 33 ans, bien constituée, bonne santé habituelle. Rhumatisme articulaire à l'âge de 15 ans, jamais de nouvelles attaques depuis. Accouchement naturel il y a 3 ans. Il y a 8 ou 10 ans, boutons aux parties génitales, puis sur tout le corps. La syphilis fut diagnostiquée par des médecins et l'iodure de potassium fut prescrit ; la malade ne sait si elle a pris du mercure.

A la même époque son amant avait les mêmes manifestations.

Ultérieurement, des éruptions palmaires furent constatées par M. Ricord. Actuellement on trouve de l'adénite cervicale et quelques croûtes dans les cheveux ; pas de taches à la peau.

Depuis huit mois, une grosseur s'est développée dans la joue gauche, puis dans la joue droite ; bientôt, difficulté progressive à ouvrir la bouche. Actuellement, tumeurs situées sur le bord antérieur du masséter à droite comme à gauche ; dures, indolentes au toucher, semblant faire corps avec le masséter ; assez saillantes en dehors, vers l'os malaire, beaucoup moins saillantes en dedans, les mâchoires assez serrées pour qu'on ne puisse introduire entre elles le manche d'une cuiller. On ne peut les écarter à l'aide de l'abaisse-langue.

La malade est soumise au traitement par l'iodure de potassium. Le traitement est commencé vers le 1er mai. Dès le 16 mai, amélioration notable, et le 20 juin on constate qu'il n'y a plus ni tumeur, ni contracture des massé-

(1) Guyot. in *Union médicale*, 1873, t. II, p. 609.

ters. Les mâchoires s'écartent assez pour qu'on puisse introduire deux doigts entre les arcades dentaires.

Observation 35.

Duplay (1).

Myosite du masséter et du sterno-cleido-mastoïdien.

Une tailleuse, âgée de 27 ans, avant son infection bien portante ; a eu un enfant qui se porte bien. Après l'infection, aucune manifestation syphilitique. Myosite du masséter et du sterno-cleido-mastoïdien. L'ouverture de la bouche est pénible. Pas de douleur. Traitée par du protoiodure de mercure.

Les deux observations suivantes appartiennent à des myosites généralisées, fait assez rare, puisque dans toutes nos observations il est facile de constater que les muscles atteints sont rarement multiples chez le même malade.

Observation 36.

Fournier (2).

Myosite généralisée avec douleurs dans la tête, les articulations, et les os.

Femme jusqu'alors bien portante, passe son temps à se plaindre de sa faiblesse générale. Vraisemblablement un

(1) Duplay. *Archives générales de médecine*, 1880.

(2) Fournier. *Leçons sur la syphilis.*

mois après l'infection, myosite généralisée avec douleurs dans la tête, les articulations et les os. Avant sa syphilis la force constatée au dynamomètre est de 31 kgr.; pendant sa myosite 19 kgr. et après sa guérison 42 kgr.

Guérison par le traitement mixte.

Observation 37.

Fournier (1).

Myosite diffuse des muscles de la jambe, des mollets, du dos, de la nuque, de l'avant-bras et du deltoïde, avec une sorte de courbature douloureuse de presque tout le système musculaire.

8° *Rapports entre les professions et les muscles atteints.* — Existe-t-il un rapport entre la profession d'un malade et le muscle atteint? Les 8 malades menant une vie sédentaire, sans grand travail musculaire, sont les suivants :

Avocat	Biceps gauche.
	Triceps gauche.
Rentier	Biceps gauche.
Chapelier	Muscles de la jambe droite.
	Muscles du bras droit.
	Biceps gauche.
Garçon de banque	Biceps.
	Grand pectoral.
	Triceps.
	Deltoïde.
Gouvernante	Sphincter externe de l'anus.
Employé	Sphincter externe de l'anus.
Fille publique	Jumeaux.
Fille publique	Deltoïde.

(1) Fournier. *Leçons sur la syphilis.*

On ne voit aucune relation entre les muscles malades et les professions sédentaires.

Les 12 malades, qui mènent une vie active, fournissant presque toujours un certain travail musculaire, sont :

Domestique — Muscles du bras.
Epicier — Muscles de la hanche. Triceps.
Epicier — Biceps gauche.
Servante — Biceps droit. Long supinateur droit.
Serrurier — Biceps gauche. Long supinateur gauche.
Brasseur — Biceps droit. Vaste interne droit.
Manœuvre — Muscles extenseurs du bras gauche.
Restaurateur — Masséter. Temporal. Ptérygoïdien interne.
Tailleur — Masséter. Sterno-cleido-mastoïdien.
Serrurier — Grand pectoral.
Cocher — Biceps gauche.
Dresseur — Biceps gauche.

Les résultats sont semblables aux précédents ; on ne peut en tirer aucune conclusion. Car, si l'on admet, par exemple, que le cocher est atteint d'une myosite du biceps gauche parce que son bras gauche et particulièrement son biceps sont fatigués de tenir les guides, comment expliquera-t-on la myosite des muscles extenseurs de la jambe chez un manœuvre ? Il ne fatigue certainement pas plus sa jambe gauche que sa jambe droite, ni ses muscles extenseurs plus que ses muscles fléchisseurs.

9° *Causes occasionnelles.* — Elles sont niées généralement par tous les auteurs. Cependant nous avons trouvé dans nos 51 observations 9 cas où elles sontcitées ; malgré leur petit nombre, qui ne peut évidemment pas nous permettre de conclure à l'existence constante de causes occasionnelles, nous devons cependant admettre, tout d'abord, qu'elles existent, et qu'en outre, peut-être seraient-elles citées en plus grand nombre si elles n'avaient pas échappé à l'observation des médecins.

Observation 38.

Duplay (1).

Myosite diffuse du grand pectoral gauche, survenue après un emploi longtemps prolongé d'un vilbrequin, et à la suite d'un adéno-phlegmon de l'aisselle. — Traitement spécifique. — Amélioration. — Atrophie consécutive.

Br... (Ch.), 32 ans, serrurier, entre le 10 mars 1879 à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Honoré, service de M. Duplay, pour un abcès à l'aisselle, qui s'est ouvert spontanément, deux jours avant son entrée. Il se servait d'un vilbrequin, dont il appliquait la poignée contre sa poitrine au niveau de son grand pectoral gauche. Il attribue son abcès à cette cause. Il eut, en effet, toute une journée à percer des trous dans des boiseries, et il fit un usage un peu prolongé de cet instrument. En rentrant de son travail il ressentit une légère douleur au niveau du muscle ; il ne s'en occupa pas ; le lendemain il avait une grosseur dans l'aisselle, roulant sous le doigt.

(1) Duplay. *Archives de médecine,* 1879, p. 731.

Les jours suivants, cette grosseur devint douloureuse, rougit ; il eut des accès de fièvre et la tumeur perça. Du pus en assez grande quantité s'écoula par l'ouverture. Devant ces renseignements, le diagnostic fut porté d'adéno-phlegmon suppuré de l'aisselle, et dont l'origine était, très probablement, celle indiquée par le malade. Aucune trace d'ancienne écorchure sur les doigts ne nous permettait de faire remonter l'origine de cet abcès à la cause habituelle des abcès de l'aisselle, une lymphangite, qui aurait débuté au niveau de la main.

On aggrandit l'ouverture au bistouri, de manière à faciliter l'écoulement du pus, et on se contenta de mettre des cataplasmes.

22 mars. — Tout alla très bien ; la plaie ne suppurait presque plus, elle tendait à se refermer ; on supprima les cataplasmes, et on fit un pansement à l'acide phénique avec un peu de compression ouatée.

26 mars. — Le soir le malade a eu un frisson, du mal de tête ; autour de la plaie il y a un peu de rougeur érysipélateuse. On fait son pansement avec de la tarlatane imbibée d'alcool ; est-ce sous cette influence que toute trace de rougeur avait le lendemain disparu ?

Toujours est-il que la plaie continuait à bien aller, était presque fermée et ne suppurait plus, lorsque le 3 avril on s'aperçoit d'une rougeur violacée au niveau du grand pectoral, et occupant toute la superficie du muscle. A ce niveau il y a un peu d'œdème. Les mouvements sont douloureux, quand on essaye de rapprocher ou d'éloigner le bras du corps. A l'état de repos il n'y a pas de vives douleurs, si ce n'est un sentiment de tension insolite.

6 avril. — Cet état s'accentue de plus en plus. La rougeur violacée occupe toujours la même place, limitée à la région du grand pectoral. A ce niveau il y a à la main une légère élévation de température, ainsi qu'on le constate en comparant avec le côté sain.

L'œdème s'est accru ; mais cet œdème diffère de l'œdème ordinaire par sa dureté. Les doigts, qui palpent la région,

y laissent leur empreinte comme dans de la cire à modeler. On recherche inutilement la fluctuation. Du côté de la plaie il y a plus de suppuration ; la peau est décollée à ce niveau. Les mouvements deviennent impossibles. Le bras est accolé contre le thorax

8 avril. — L'œdème s'est accru ; on sent cependant le muscle qui a la dureté du bois, et dont on limite parfaitement les contours. C'est alors que M. Humbert se demanda si ces phénomènes inflammatoires ne pouvaient pas tenir à une rétention du pus, et bien que ne percevant pas de fluctuation il se décida à passer un drain.

Il agrandit l'ouverture fistuleuse de l'ancien abcès, passa un trocart sous la face profonde du grand pectoral, et le fit ressortir à la partie supérieure du muscle. Pour passer son trocart il fut obligé de déployer assez de force, à cause de la dureté du grand pectoral. En même temps il constata que le muscle était augmenté d'épaisseur. Par l'ouverture supérieure il ne s'écoula que du sang ; tous les tissus malades semblaient en effet très vasculaires.

10 avril. — Ainsi que l'avait pensé M. Humbert, le tube à drainage n'a produit aucune amélioration. L'œdème est toujours aussi considérable, la dureté ligneuse du muscle toujours la même. Frappé de cet état de choses M. Humbert enleva le drain, et rechercha s'il n'y avait pas quelque cause pouvant expliquer cette induration musculaire, cette myosite diffuse, qui ne semblait pas avoir de tendance à la suppuration. Ce fut alors qu'on remonta aux antécédents, que devant la marche si simple de la maladie au début on avait négligés.

Or ce malade nous apprend qu'il y a quatre ans, à l'âge de 28 ans il a eu un *chancre* qui fut soigné au Midi par M. Horteloup. Pour cet accident, on le traita par des bains de sublimé, des pilules de protoiodure, et plus tard l'iodure de potassium. Il prit peu de pilules, une quinzaine au plus, mais pendant trois mois il ne cessa pas les bains de sublimé. Il n'eut jamais de plaques muqueuses, de maux de gorge ; il sait ce que signifient ces mots. Mais à la jambe

il eut une éruption qui laissa des traces bronzées caractéristiques. Au bout de trois mois il quitta le Midi ; il continua néanmoins pendant près d'un an à prendre de l'iodure de potassium. On voit que les antécédents syphilitiques sont très nets.

Il n'a pas d'antécédents scrofuleux ; à 12 ans il eut une affection de poitrine ; on lui ordonna de l'huile de foie de morue et du vin de quinquina. A l'heure actuelle il ne tousse pas et on ne lui trouve aucun signe thoracique.

Il est pâle, amaigri ; il a l'aspect cachectique, ce qui peut tenir à son séjour à l'hôpital.

Devant ces antécédents et l'état actuel du malade M. Humbert porta le diagnostic de myosite syphilitique, et le mit immédiatement aux pilules de protoiodure et à l'iodure de potassium, 4 gr.

20 avril. — Le malade a pris depuis le 12 avril des pilules de protoiodure et l'iodure de potassium ; on a supprimé les cataplasmes. Le traitement local consiste en un morceau de diachylon appliqué sur la plaie de l'aisselle.

Sous l'influence du traitement général, une amélioration très grande s'est produite. La rougeur violacée de la peau a disparu ; la plaie de l'aisselle est presque cicatrisée ; elle n'a plus de bords fistuleux décollés. L'œdème est moins considérable, le muscle paraît moins dur, et ce que le malade constate lui-même, les mouvements sont plus faciles : il peut éloigner un peu le bras et le rapprocher du corps, ce qu'il était incapable de faire il y a dix jours.

28 avril. — Le traitement est continué ; la plaie de l'aisselle est cicatrisée complètement ; l'œdème a presque disparu. On peut alors mieux constater l'état du muscle ; il est moins dur, mais il semble atrophié.

4 mai. — Le malade continue à aller mieux au point de vue des phénomènes inflammatoires, qui ont complètement disparu. L'atrophie a continué de se produire ; au niveau du grand pectoral, la peau n'est plus soulevée comme du côté sain, elle est déprimée. Cette atrophie notable, qu'on constate à la vue, est également facile à percevoir par le

toucher, si on prend entre les doigts le bord inférieur du muscle grand pectoral. Le muscle n'a plus sa consistance dure, ligneuse comme au début, mais il ne donne pas celle d'un muscle sain ; il est beaucoup plus ferme, et se rapproche un peu de la consistance d'un tendon.

Il est évident que nous sommes en présence d'une atrophie et d'une sclérose du muscle.

Le malade nous quitte alors, ne voulant plus rester à l'hôpital.

Pour cette observation, l'on peut nous faire une objection : est-ce une myosite syphilitique, ou simplement inflammatoire ? M. Duplay répond qu'elle est d'origine spécifique puisqu'elle a cédé très rapidement au traitement antisyphilitique. En outre elle est provoquée bien probablement, soit par la pression prolongée du vilbrequin, soit par l'adéno-phlegmon voisin.

L'observation suivante (que nous n'avons pu nous procurer plus détaillée) nous montre une myosite consécutive à une inflammation voisine.

Observation 39.

Jullien (1).

Bubon de l'aisselle. — Quelques jours plus tard myosite diffuse du grand dentelé. — Traitement antisyphilitique. — Guérison.

Dans les observations qui vont suivre, les myosites sont consécutives à des irritations voisines, qui semblent

(1) Lewin. *Loco citato.*

avoir joué un certain rôle dans la localisation musculaire de la syphilis.

Observation 40.

Neumann (1).

Myosite du sphincter externe de l'anus.

Femme âgée de 28 ans. Sous la commissure, chancre à bords indurés et taillés à pic. Erosions syphilitiques sur le périnée, douloureuses à la pression. Six mois après l'infection, myosite diffuse du sphincter externe de l'anus, avec mouvement fébrile. Douleurs très vives à chaque défécation. Traitée par des frictions mercurielles, de l'iodure de potassium, et de l'onguent napolitain appliqué au *loco dolenti*.

Observation 41.

Neumann (2).

Myosite du sphincter externe de l'anus.

Femme âgée de 16 ans. A eu aux lèvres des papules suintantes, de l'adénite. Autour de l'orifice anal, couronne de papules ulcérées ; roséole sur le thorax, plaques muqueuses dans la bouche. Un an après, myosite diffuse du sphincter externe de l'anus. Douleurs très vives à chaque défécation. Traitement énergique au mercure, 50 frictions.

(1) Lewin. *Loco citato.*
(2) Lewin. *Loco citato.*

Observation 42.

Neumann (1).

Myosite du sphincter externe de l'anus. — Ténesme rectal.

Femme qui en 1886 a eu un tubercule ulcéré à la lèvre gauche. Trois semaines plus tard, syphilides maculeuses. Rhagades à l'anus, très douloureuses. Trois mois plus tard myosite du sphincter externe de l'anus. Douleurs et ténesme pendant la défécation. Traitée au mercure ; pansement à l'iodoforme.

Observation 43.

Neumann (2).

Myosite du sphincter externe de l'anus. — Ténesme rectal.

Employé âgé de 28 ans. En 1881 chancre mou ; en 1882 chancre induré, exanthème maculo-papuleux, qui reparaît en 1883. En 1886 fistule profonde à l'orifice de l'anus. Douleurs et ténesme à chaque défécation. Sphinctérotomie. Quatre ans après son chancre, myosite diffuse du sphincter externe de l'anus, avec trace de fistule. Le malade souffre à chaque défécation. On lui fait une sphinctérotomie, et un pansement avec de la gaze iodoformée. Guérison complète.

(1) Lewin. *Loco citato.*
(2) Lewin. *Loco citato.*

Observation 44.

Neumann (1).

Myosite du sphincter externe de l'anus, survenue après papules suintantes et rhagades de l'anus, dans la première année de la syphilis. — Ténesme rectal.

Gouvernante, a un chancre induré au mois de janvier 1886. Quatre mois plus tard, papules aux parties génitales, rhagades peu profondes à l'anus. Sur le tronc, lichen syphilitique, psoriasis à la plante des pieds, papules suintantes sur la muqueuse du nez. En mai, accouchement normal. En août, nouvelles papules. En décembre rhagades et papules suintantes à l'orifice de l'anus. Douleurs très vives dans la région anale, et surtout pendant la défécation. Un an après l'infection, myosite diffuse du sphincter externe de l'anus. Ténesme rectal avant et pendant la défécation.

Sphinctérotomie.

Les observations suivantes constatent que la myosite a été précédée d'un refroidissement, ou d'un traumatisme, ou d'une fatigue exagérée, qui, peut-être, ne sont pas sans avoir eu quelque influence sur l'apparition de l'affection.

Observation 45 (inédite).

A la suite d'un refroidissement, myosite suppurée du biceps et du vaste interne droit.

(1) Lewin. *Loco citato.*

Le nommé Charles Th..., âgé de 26 ans, brasseur, entre à la Maison de Secours le 1er janvier 1895. Chancre induré à la fin d'octobre 1894 ; traité par un pansement iodoformé à son entrée à l'hôpital. Le 15 janvier, roséole sur la poitrine et les épaules. Pilules de protoiodure. A la fin de la première semaine de février, survint, en une nuit, une douleur intense au bras droit, partie antéro-interne, douleur s'irradiant à l'articulation du coude. Au dire du malade, cette douleur proviendrait d'un refroidissement. Elle n'existe que quand le bras est au repos, et elle cesse dès qu'il est en mouvement. Cette douleur persiste pendant un mois malgré des frictions mercurielles et des pilules de protoiodure.

A la fin de février, apparition d'une tumeur dure, occupant le bord interne du biceps et le vaste interne droit, à leur partie supérieure. Le membre supérieur est tuméfié jusqu'au milieu de l'avant-bras ; les mouvements ne sont pas entravés, il n'y a point de contracture. Douleur à l'aisselle.

On fait quatre frictions mercurielles dans la région. Au commencement de mars, la tumeur devient molle, fluctuante, le bras se tuméfiant de plus en plus. On ouvre l' « abcès » le 9 mars ; il s'en écoule une assez grande quantité de pus. Drainage, pansement humide, puis pansement iodoformé.

Le 10 avril, plus d'induration du triceps ; les mouvements du bras sont normaux. Disparition du frein du prépuce.

Observation 46.

Lewin (1).

Myosite du biceps gauche survenue 4 mois après le chancre, à la suite d'un refroidissement. — Exanthèmes

(1) Lewin. *Ueber myositis syphilitica s. interstitialis*, Berlin, 1891.

multiples. — Traitement spécifique. — Disparition de la douleur ; mouvements facilités ; atrophie du biceps et des muscles de l'épaule.

Un employé de banque de 21 ans, dont les frères et sœurs sont sains, a souffert étant enfant de la rougeole, et à 15 ans a eu deux fois la fièvre intermittente.

Le 2 septembre 1890, infecté sexuellement; 6 jours après, gonorrhée qui, après avoir été soignée, disparut en quelques jours. Le 26 septembre, on remarque un ulcère induré au prépuce auquel fit suite, au commencement de décembre, un exanthème rouge brunâtre, réparti sur tout le corps et surtout sur le dos et les membres. Tandis que l'ulcère disparut après cinq jours, après avoir été traité par de la pommade iodoformée, les taches restèrent et leur couleur devint de plus en plus foncée et plus étendue. Un traitement général antisyphilitique ne fut pas institué. Malgré cette maladie et des douleurs passagères, qui duraient plusieurs jours et qui augmentaient considérablement au devant du bras droit, le malade entreprit un voyage de 17 heures en chemin de fer, pendant lequel il passa 5 heures dans un wagon non chauffé. Rentré, il sentit, le 8 janvier 1891, sans aucune cause connue, des douleurs spontanées, lancinantes et térébrantes dans l'articulation de l'épaule gauche; ces douleurs augmentaient toujours et lui rendaient impossible tout mouvement de ce bras. Sur le conseil d'un médecin, il entre à la Charité le 13 janvier 1891.

Etat actuel. — Jeune homme, taille élancée, assez faible et maigre.

Sur les extrémités inférieures et supérieures, de même que sur le dos, sont disséminées des papules ovales ou rondes rarement irrégulières, plus nombreuses sur le dos, moins nombreuses sur la poitrine et sur le ventre, pour la plupart isolées, de couleur brun-rougeâtre, de forme de lentilles, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes ou de forme plate et quelquefois couvertes de croûtes blanches

et sèches. Le bras gauche comme toute la région de l'épaule gauche pendent inertes. Le malade ne peut faire des mouvements ni actifs ni passifs, à cause des douleurs intenses, de l'articulation de l'épaule gauche. L'avant-bras gauche peut être plié activement avec peine sur le coude droit ; passivement cela réussit avec une flexion peu forte. Le tiers supérieur du bras gauche, comme la région de l'épaule, sont gonflés légèrement ; ces régions sont très sensibles au moindre toucher. Comme centre douloureux particulier se présente l'apophyse coracoïde et l'apophyse acromiale de l'épaule. Le biceps, sans présenter de couleur rougeâtre d'inflammation, est chaud et presque dur comme de la pierre dans presque toute son étendue mais surtout au renflement du muscle ; les insertions inférieures sont gonflées. Les muscles voisins, deltoïde, coracoïde, brachial, brachial interne, le grand pectoral n'ont rien de particulier si ce n'est une douleur à la pression, tout près de l'articulation. Les mouvements du bras sont complètement libres. Au pénis se trouve une cicatrice qui n'est plus indurée ; en pressant l'urèthre une petite quantité de pus blanchâtre sort. On fait journellement une injection sous-cutanée d'iodure de mercure rouge. En même temps le bras gauche fut mis dans une position à angle droit que réclamait le cas.

Afin de constater l'état particulier du bras gauche on l'examine le 20 janvier, sous la narcose chloroformique ; à cet examen on constata une liberté complète du mouvement de l'articulation de l'épaule et du coude : donc articulations intactes ; de plus, on n'a pas pu constater, comme nous l'avons dit, une myosite qui n'avait attaqué que le biceps et une périostite, mais on a pu préciser que la dureté du muscle était surtout dans les parties les plus proches de la peau tandis qu'elle ne se remarqua guère dans les couches profondes.

Au commencement du traitement on n'a pas pu constater une amélioration dans l'état général ; de plus, on remarqua, le 21 janvier, un gonflement douloureux dans l'inser-

tion sternale de la deuxième côte gauche qui ne disparut qu'au commencement de février, en même temps que cessait de pâlir l'exanthème, En ce temps, la dureté du biceps diminua et fut suivie d'une atrophie assez prononcée non seulement du biceps mais encore des muscles voisins : grand pectoral, triceps et en partie du deltoïde. L'atrophie a pu être constatée le 4 février, par une diminution de l'excitabilité faradique et galvanique (qui correspond à la maladie du muscle). Il est à remarquer que cet état augmenta dans les jours suivants et s'étendit aussi sur le muscle sus et sous-scapulaire mais dans un moindre degré. Une mensuration faite le 7 février, du tour du bras, donna, au milieu : 24 cent. 3.

A la limite du 1/3 supérieur et du 1/3 moyen : 24 c. 10 ; à la réunion du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur : 22 c. 40 ; tandis que le bras droit mesurait : 27 c. 60 ; 27 c. 1 ; 25 c. 7.

Plus tard, la dureté du biceps diminua avec le retour des fonctions du bras et l'exanthème disparut petit à petit. Le malade, pour des motifs privés, quitta l'hôpital après avoir reçu 28 injections; il pouvait plier le coude jusqu'à un angle de 30°1, mais ce mouvement était pénible à cause de l'atrophie musculaire et d'une douleur siégeant à l'apophyse coracoïde et dans l'articulation de l'épaule.

Le malade revint me voir quelque temps plus tard : je constatai un périostite de la tête de l'humérus gauche, avec douleurs ; de l'atrophie (due peut-être à l'inactivité) des muscles deltoïdes, grand pectoral, etc. Pas de réaction de dégénérescence. Le biceps gauche réagit moins énergiquement, à une excitation électrique, que le biceps droit.

Observation 47.

Bouisson (1).

Sous l'influence de l'humidité, myosite du vaste externe gauche, survenue 12 ans après le chancre. — Exostoses coexistantes. — Traitement ioduré. — Guérison.

X..., âgé de 38 ans, domicilié à Agde, douanier, est entré à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, le 6 juin 1845. Ce malade, doué d'une constitution assez vigoureuse, présente à la partie supérieure et externe de la cuisse gauche une tumeur du volume du poing, sans changement de couleur à la peau et médiocrement douloureuse pendant le repos du membre. L'exploration de cette tumeur démontre qu'elle est placée au-dessous des téguments et de l'aponévrose, et cependant elle jouit d'une certaine mobilité ; il est du moins évident, par l'impulsion qu'on peut lui imprimer, qu'elle n'est pas adhérente à l'os. Sa position, son degré de profondeur et l'action qu'exercent sur elle les contractions du muscle vaste externe indiquent que cette portion du triceps crural est son véritable siège. Lorsqu'on prescrit au malade d'étendre la jambe et de contracter le muscle désigné, la tumeur devient dure et une sensation douloureuse s'y manifeste. Celle-ci s'accroît aussi par la pression ; elle est plus intense pendant la nuit. La forme de la tumeur est globuleuse, sa consistance assez grande ; elle est dépressible par une action prolongée ; on n'y distingue aucun signe de fluctuation.

Interrogé sur les antécédents, le malade déclare que son affection s'est développée graduellement, sans qu'il

(1) Bouisson. *Tribut à la chirurgie*, p. 531.

puisse en rapporter l'origine à aucune cause particulière. Il n'a point reçu de coups, il déclare seulement avoir subi l'influence de l'humidité pendant ses fonctions de nuit, en qualité de douanier.

L'étiologie de cette affection étant obscure, je dus procéder à une interrogation détaillée et méthodique et j'appris que le malade avait eu plusieurs fois la syphilis; que la dernière affection de ce genre datait d'une douzaine d'années, pendant qu'il était au service militaire; que les symptômes avaient consisté, cette fois, en des chancres qui avaient promptement disparu et pour lesquels il n'avait suivi qu'un traitement général incomplet. Eclairé par ces circonstances, j'examinai avec plus d'attention le malade et je découvris une exostose sur le tibia. Le condyle externe du fémur était aussi tuméfié; dès lors je ne doutai nullement de la nature de cette affection. Il devenait évident qu'il s'agissait d'une syphilis constitutionnelle et que la tumeur du vaste externe en était une manifestation.

50 centigrammes d'iodure de potassium, en solution dans un verre d'infusion de saponaire furent prescrits et, tous les cinq jours, la dose fut augmentée de 5 centigr. jusqu'à celle de 2 grammes par jour.

Le malade prit en même temps de la tisane de salsepareille. Quant au traitement local, il consista en deux frictions par jour avec de la pommade d'hydriodate de potasse et en une douche hydrosulfureuse tous les deux jours. La tumeur ne tarda pas à s'affaisser; du quinzième au vingtième jour, elle était déjà réduite de moitié et elle finit par disparaître complètement à mesure que le traitement fut plus longtemps poursuivi. Le malade se voyant aussi promptement délivré d'une tumeur qui lui avait d'abord inspiré quelque inquiétude, voulut sortir de l'hôpital avant que la durée régulière du traitement fût complète. Il quitta Montpellier vers le 10 juillet avec les apparences d'une guérison complète et promettant de continuer encore pendant un mois l'usage de l'iodure de potassium.

Dans cette observation nous nous permettrons deux remarques : tout d'abord que la fatigue peut être mentionnée au même titre que l'humidité comme précédant la myosite ; en outre Bouisson nous dit que le douanier a contracté plusieurs fois la syphilis ; il veut sans doute dire qu'il a contracté, avant sa syphilis, d'autre maladies vénériennes.

Dans l'observation qui suit, le traumatisme est la cause déterminante de la localisation syphilitique. Ce qui vient confirmer ce que dit Verneuil (1) :

« Le traumatisme survenu chez des syphilitiques dont « la diathèse est à l'état latent depuis une époque plus « ou moins éloignée peut provoquer des accidents « syphilitiques occupant la région blessée. »

Observation 48.

Froidure (2).

A la suite d'un léger traumatisme, myosite du biceps gauche, survenue un mois après l'apparition du chancre. — Traitement ioduré. — Guérison.

Le nommé L..., âgé de 24 ans, cuisinier, célibataire, est entré à l'hôpital de la Charité le 22 avril 1882, salle Sainte-Vierge, lit n° 48, pour s'y faire soigner d'une tumeur qu'il porte au bras gauche et dont l'apparition remonte à quinze jours.

C'est un alcoolique ; a eu la rougeole dans son enfance. Son père est mort à 77 ans d'un cancer.

(1) Verneuil. *Mémoires de chirurgie*, t. IV, p. 594.

(2) Froidure. *Thèse de Paris*, 1882.

Le malade a contracté un chancre induré de la verge, le 10 mars dernier ; il s'est soigné en prenant tous les jours deux pilules de protoiodure de 4 centigr. Il a éprouvé de la céphalée, laryngite et coryza.

La tumeur dont il est porteur lui est survenue à la suite d'une *légère contusion du bras* n'ayant occasionné qu'une douleur de quelques minutes sans ecchymose à la peau. En descendant de l'impériale d'un tramway le pied lui ayant manqué, il s'était trouvé retenu par le bras gauche qui avait embrassé la rampe de l'escalier. Il ne se souvient avoir entendu aucun craquement ni ressenti de douleur vive. Le lendemain il continua à faire usage de son bras comme à l'ordinaire, il ne présentait ni tuméfaction ni douleur, aucune trace de la violence de la veille.

La nuit suivante, quelques douleurs nocturnes, trop faibles pour l'empêcher de dormir. Le 3e jour, son bras lui paraît lourd, et le fait souffrir comme pendant les nuits précédentes. Le 4e jour, son bras est plus gros ; il travaille néanmoins, il remarque alors qu'il est fléchi et qu'il est douloureux de le redresser même avec le secours de l'autre bras. Le 12 avril, bras en écharpe, douleurs nocturnes. Le 21, la flexion, la tuméfaction et les douleurs augmentant, il entre à l'hôpital.

L'avant-bras est fortement fléchi sur le bras ; il forme avec celui-ci un angle plus petit qu'un angle droit dont le sinus mesure approximativement, de l'acromion au pli carpien, 35 centim.

Faisant fléchir le bras sain au même degré : une circonférence de 25 cent. et de 23 sur le bras droit à l'endroit le plus saillant de la tumeur. Les mouvements d'extension sont fort douloureux, l'extension complète impossible.

L'articulation scapulo-humérale et celle du coude sont saines, point de tuméfaction des ganglions de l'aisselle. La peau est normale, le derme sous-jacent est un peu épaissi et empâté, il adhère à la partie superficielle de la tumeur.

Avec le pouce et l'index on circonscrit la tumeur qui n'adhère pas aux parties profondes, elle est dure, de con-

sistance fibreuse, non crépitante, douloureuse à la pression. La surface en est inégale, mais ne présente pas de nodosités séparées, la limite d'avec les parties musculaires situées au-dessus et au-dessous se fait assez difficilement. Elle occupe toute la largeur du muscle et au niveau de sa position supérieure, elle se divise en deux prolongements, verticaux, aplatis, se continuant sur une longueur de 4 cent. avec les deux chefs supérieurs du biceps. Le corps dur de la tumeur, jusqu'à la naissance de ces prolongements, mesure une hauteur de 4 cent. La contracture ne détermine aucune sensation à la main.

La force musculaire est conservée.

M. Gosselin posa le diagnostic de myosite syphilitique et institua immédiatement le traitement à l'iodure de potassium à dose croissante.

Sous l'influence de ce traitement les douleurs nocturnes s'apaisèrent ; le 1er mai le sinus de l'angle de la contraction était diminué de 3 centim.

Le 7. — L'infiltration sous-cutanée s'est résorbée, la peau glisse facilement sur les parties profondes.

Le 10. — Le sinus n'est plus que de 40 cent.; la dose d'iodure est diminuée.

Le 24. — L'extension du bras est normale et il ne reste plus qu'une légère induration au niveau du corps du biceps. Le malade demande à sortir.

Observation 49.

Le Dentu (1).

Après un effort, myosite du jumeau externe droit. — Amélioration par le traitement spécifique.

Le 28 septembre 1874, au n° 2 de la salle Sainte-Marguerite, service du Dr Richet, suppléé par M. Le Dentu,

(1) Froidure. *Thèse de Paris*, 1882.

est entré un homme de 38 ans, porteur au mollet droit d'une tumeur d'aspect particulier.

Cet homme est vigoureux et ne présente sur le corps aucune trace de scrofule.

Il y a environ deux mois, en soulevant avec *un certain effort* un panier de vin, il sentit tout à coup un craquement se faire dans son mollet. Cette douleur persista sans être assez forte cependant pour l'empêcher de continuer son ouvrage. Cet homme regarda de suite le point qui lui semblait atteint par le mal, il n'y avait rien d'anormal, ni gonflement ni tumeur.

Les jours suivants, il continua à travailler et, trois ou quatre jours après l'accident, en touchant sa jambe, il s'aperçut pour la première fois qu'il portait une tumeur grosse comme le pouce, indurée, siégeant dans un point qui, d'après les indications du malade, répondait exactement au centre charnu du jumeau interne. Inquiet, et quoique n'éprouvant pas de douleurs, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

A la visite, M. Le Dentu constate à première vue un gonflement considérable de la portion interne du mollet droit. La palpation montre qu'il existe en ce point une tumeur dure, allongée, reproduisant exactement la forme du centre charnu hypertrophié du jumeau externe, oblique comme lui en bas et en dedans, de la partie externe du creux poplité à la partie médiane de la face postérieure de la jambe.

Cette tumeur était longue de 14 centimètres et large de 10. La circonférence du mollet au point où la saillie était le plus prononcée, mesurait 28 cent., tandis qu'au côté sain on n'en trouvait que 25.

Au niveau la peau est un peu empâtée et épaissie ainsi que les tissus sous-cutanés, mais elle n'adhère nullement à la tumeur parfaitement mobile sur la partie profonde.

Enfin, pour compléter l'examen et bien déterminer les rapports, M. Le Dentu dit au malade de résister au mouvement de flexion provoqué à la main, et l'on peut alors

parfaitement sentir avec l'autre main que, sous l'influence de la contracture énergique du jumeau, la tumeur devient plus dure et surtout complètement fixe. Pas d'alopécie ; en découvrant le malade on aperçoit sur le membre inférieur droit deux taches pigmentées, brunâtres, cuivrées, arrondies, légèrement squameuses. Interrogé à leur sujet, le malade prétend que la première des taches siégeant au niveau du tibia, au-dessous du cou-de-pied, était due à la pression de la chaussure. Quant à la seconde, il l'attribuait à un furoncle qui persistait depuis une semaine. Sur la première tache on n'a rien à dire, et on accepte l'explication du malade, mais pour ce qui regarde la seconde tache, comme elle présentait une teinte cuivrée, M. Le Dentu supposa une lésion syphilitique de la peau, et par suite diagnostiqua une myosite syphilitique par infiltration plastique.

Depuis que le malade est dans le service, la tumeur a augmenté de volume.

Le chirurgien administra comme traitement de l'iodure de potassium à la dose de 1 gr. par jour, à partir du 3 octobre, et quelques jours après elle fut élevée à 2 gr.

Sous l'influence de ce traitement la tumeur diminua rapidement de volume.

Le 10 octobre, la circonférence du membre au point le plus saillant ne mesurait que 35 centimètres au lieu de 38.

Le 18, les dimensions de la tumeur étaient de 9 centimètres pour le diamètre vertical, de 7 pour le diamètre transversal et de 34 pour la circonférence du membre.

A partir de ce moment, la tumeur reste à peu près stationnaire, et, le 1er novembre, il n'y a plus aucune déformation.

Cependant, on peut constater encore dans l'épaisseur du muscle une masse indurée qui paraît ne plus avoir de tendance à diminuer de volume.

MYOSITE GOMMEUSE

I. Syphilis acquise. — Les myosites gommeuses sont plus fréquentes que les myosites interstitielles, et leurs observations sont trop nombreuses pour être entièrement rapportées ici. Nous en emprunterons à différents auteurs quelques-unes pouvant avoir plus d'intérêt que les autres.

1° *Sexe.* — Les hommes généralement sont plus souvent atteints que les femmes. Cependant Mauriac dit qu'il n'en est pas de même pour les gommes du sterno-cleido-mastoïdien : « sur 13 cas, 9 appartiennent à des sujets féminins de 20 à 50 ans (1). »

2° *Age.* — Nos 23 cas recueillis se décomposent ainsi :

Dans la 1re année	1 cas de syphilis héréditaire
10 à 20 ans	3 cas (dont 2 héréditaires)
21 à 30	8
31 à 40	7
41 à 50	1
51 à 60	3

La plus grande fréquence se rencontre entre 20 et 40 ans. Ces résultats concordent avec toutes les statistiques des auteurs.

(1) Mauriac. *Syphilis tertiaire*, page 455.

3° *Professions.* — Toutes les myopathies gommeuses dont nous donnons les observations appartiennent à des ouvriers, ou à des manœuvres.

4° *Antécédents.* — Dans plusieurs observations on constate que les malades pendant la période secondaire de leur syphilis, se sont soignés rationnellement. Malgré ce traitement antisyphilitique ils ont vu apparaître des gommes, ce qui semble prouver qu'elles appartiennent à une syphilis maligne.

Observation 50.

Mauriac (1).

Myosite gommeuse du biceps droit à son insertion sur le tendon. — Traitement mixte. — Guérison.

Un boulanger, âgé de 26 ans, contracta en 1841 un chancre infectant suivi d'accidents constitutionnels de moyenne intensité qui se reproduisirent à diverses reprises jusqu'en 1846, bien que toujours traités par des préparations hydrargyriques. En 1847 (6e année de la syphilis), ce malade éprouva dans le bras droit des douleurs qui augmentaient la nuit, et il s'aperçut 15, jours après, d'une raideur inaccoutumée de ce membre. Depuis lors, l'avant-bras s'est fléchi graduellement sur le bras sans qu'aucune force ait pu l'en empêcher. Contracture très prononcée du biceps. On sentait au point de jonction des parties charnues et tendineuses, tout près de l'attache inférieure du muscle sur le tendon, une corde, un épaississement fusiforme très volumineux, empiétant à la fois

(1) Mauriac, *Syphilis tertiaire*, p. 454.

sur le muscle et sur le tendon. L'angle formé par le pli du coude, l'avant-bras étendu autant que possible, était de 140°. On administra de l'iodure de potassium et on fit envelopper le bras et l'avant-bras de bandelettes d'emplâtre de Vigo *cum mercurio*.

Au bout d'un mois le malade était à peu près guéri.

Observation 51.

Barthélemy (1).

Tumeur gommeuse des muscles épitrochléens. — Guérison.

La nommée Céline T..., couturière, 20 ans, est entrée à l'hôpital St-Louis, salle Henri IV, lit n° 38, le 9 novembre 1881. Cette malade n'a pas d'antécédents nerveux ni strumeux. Réglée à 11 ans, elle a vu ses règles se succéder toutes les trois semaines et pendant trois jours. Elles n'ont été tout à fait mensuelles que depuis un an.

Il y a un mois elle a remarqué un bouton sur la grande lèvre gauche.

Deux mois après, mauvais état, faiblesse, pâleur, lassitude continuelle. La malade ne pouvant plus se porter, grand amaigrissement, douleurs dans les membres, les cuisses et les jambes.

La malade se présente alors à St-Louis ; outre une éruption remarquablement abondante de papules sèches, on remarque des douleurs périostiques précoces le long des fémurs et des tibias, où l'on remarque des tuméfactions multiples.

Repos, sirop de fer, une pilule de protoiodure de 0,05 centigr.

(1) Froidure, *Thèse de Paris*, 1882.

Au bout de 3 semaines, la malade est considérablement améliorée.

Elle est bientôt reprises d'accidents nouveaux.

Elle porte au niveau de la tête du radius gauche, à la face antérieure de l'avant-bras, une tuméfaction du volume d'une aveline. Cette tumeur est molle, demi-fluctuante, arrondie, douloureuse.

De plus, dans la masse des muscles épitrochléens, nous remarquons une autre petite tumeur également lisse, arrondie et douloureuse.

Elle est soumise au traitement à l'iodure de potassium et sort guérie le 21 janvier 1882.

Observation 52.

Mauriac (1).

Chancres infectants guéris au bout de 3 semaines. — Le 37e jour de la maladie, apparition des accidents secondaires : syphilide papuleuse plate, puis érythémateuse, et simultanément laryngopathie, angine légère. — Forme inflammatoire des éruptions cutanées. Vers le 160e jour, aggravation de la laryngopathie et de l'angine, névropathies algiques dans différentes parties du corps : altération de la santé générale. — Apparition d'une tumeur musculaire dans le muscle sous-scapulaire gauche. — Durée de ces antécédents, 4 mois. — Guérison.

M. S. J..., âgé de 36 ans, cocher, vigoureux, d'un tempérament sanguin, gros, bien portant et n'ayant jamais eu aucune maladie locale ou constitutionnelle héréditaire ou acquise, entra le 20 janvier 1869, à la chambre n° 1 du Midi, pour deux chancres infectants, occupant le sillon balano-préputial.

(1) Mauriac, *Loco citato*, p. 450.

Le 16 mars 1869 (53e jour) : syphilide papuleuse lenticulaire confluente, occupant le tronc, les cuisses, le cou, le cuir chevelu, à forme inflammatoire, avec cercle d'un rouge vif autour de chaque papule; laryngopathie légère et indolente ; rougeur érythémateuse de la gorge, sans plaques muqueuses. Aucun phénomène nerveux ; appétit ; santé générale très bonne. Le malade avait pris jusqu'alors près de 2 gr. de protoiodure ; je prescrivis du sirop de biiodure ioduré.

Le 5 juillet (160e jour de la maladie). Depuis 2 mois environ les boutons et les taches avaient disparu peu à peu, mais la laryngopathie avait augmenté considérablement, et il était survenu de nombreuses plaques muqueuses dans le gosier. Mais le malade souffrait, surtout depuis 5 ou 6 jours, d'une douleur dans la fosse sus-scapulaire gauche, qui s'était produite spontanément, qu'exaspéraient les mouvements et la pression.

On voyait et on sentait, par la palpation, à la partie externe du muscle sus-scapulaire gauche, une tumeur diffuse, un peu dure, située au-dessous de la peau qui n'était pas altérée et glissait facilement sur elle. Les contours de cette tumeur semblaient se perdre dans la masse charnue du muscle, mais ils proéminaient de 2 centimètres environ au-dessus des parties adjacentes.

Outre les douleurs dont elle était le siège il existait : 1° des douleurs sur les parties latérales du cou à gauche ; 2° de vives douleurs en ceinture au niveau des hypochondres (cependant l'appétit était bon, la digestion facile et il n'existait aucun indice d'une affection du foie ou de la rate) ; 3° des douleurs occipito-pariéto-frontales continues, poussant des irradiations dans le cou et jusqu'à l'épaule malade. Toutes ces douleurs se manifestaient le jour aussi bien que la nuit.

Plaques muqueuses sur les lèvres et les amygdales, fatigue générale. Véritable état maladif depuis l'invasion de ces derniers accidents. Le 11 août (196e jour de la maladie), le patient n'avait plus aucune manifestation syphilitique.

En 1880 (12e année de la syphilis), il devint peu à peu aphasique et hémiplégique du côté droit. Puis il tomba dans la démence et fut interné à l'asile de Vaucluse.

Observation 53.

Mauriac (1).

Tumeur syphilitique des muscles de la région antérieure de la cuisse gauche, survenue 65 jours après l'apparition d'un chancre infectant. — Accidents secondaires légers.

M. G... (Paul), âgé de 22 ans, pâtissier, entré dans mon service, à l'hôpital du Midi, le 22 janvier 1870, salle 8, n° 36. Bonne santé habituelle, tempérament lymphatique. Aucune maladie vénérienne ou autre dans ses antécédents.

Vers le 20 ou 25 octobre 1869, apparition d'un chancre infectant dans la rainure balano préputiale. Il dura environ deux mois et fut traité par des pilules de protoiodure d'hydrargyre.

Le 31 décembre (65 jours après le chancre), le malade entra à l'hôpital de la Pitié, pour se faire soigner d'une douleur siégeant à la partie antérieure de la cuisse gauche, qui l'empêchait de marcher. Le médecin auquel il s'adressa vit immédiatement la relation qui existait entre cet accident et le chancre, et il diagnostiqua une tumeur musculaire d'origine syphilitique. Un mois après l'apparition du chancre, le malade avait eu des maux de gorge, mais pas d'éruption cutanée (sirop de Gibert). Quand il sortit de la Pitié, le 17 janvier, la tumeur et la douleur avaient considérablement diminué ainsi que la raideur de la cuisse et la claudication.

(1) Mauriac, *Syphilis tertiaire*, p. 449.

A son entrée, je constatai l'état suivant (87e jour du chancre) : pas d'éruptions sur la peau, pas de ganglions inguinaux. Adénopathie cervicale ; empâtement et œdème dur caractéristique, dans la rainure préputiale. Santé générale assez bonne. Sur la partie antérieure et externe de la cuisse gauche, à peu près à la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, gonflement épais et dur, paraissant siéger dans le muscle droit antérieur, allongé de haut en bas et de dehors en dedans, sans adhérence à la peau qui est saine à son niveau, se déplaçant avec les masses musculaires de la région, peu sensible à la pression (il l'avait été beaucoup au début). Douleur pendant la flexion et pendant les autres mouvements du membre inférieur gauche. Traitement mixte au protoiodure d'hydrargyre et à l'iodure de potassium. Le 8 mars, la tumeur avait disparu ainsi que les douleurs, mais il restait encore un peu de gêne pendant la marche ; néanmoins le malade put sortir. Il avait alors quelques taches de roséole sur le tronc et les membres inférieurs. La tumeur musculaire n'avait été occasionnée par aucune violence extérieure.

Observation 54.

Mauriac (1).

Nodosité gommeuse du biceps gauche, survenue au 5e mois de la syphilis. — Cinq mois de durée. - Guérison.

Georges C..., âgé de 22 ans, tonnelier, entré dans mon service, à l'hôpital du Midi, à deux reprises, le 15 août et le 10 décembre 1876, salle 7, avait contracté un chancre infectant du fourreau en juillet de la même année. Dans

(1) Mauriac. *Syphilis tertiaire*, p. 451.

les mois de septembre et octobre suivants, il eut des plaques muqueuses et une éruption de roséole érythémateuse. Au commencement de novembre (cinquième mois de la syphilis), il lui survint, sans cause occasionnelle, une douleur dans le poignet gauche, semblable à celle que produit une foulure ; il éprouva aussi un peu de gêne dans les mouvements des doigts. Quinze jours après, quoiqu'il n'eût aucune souffrance ni dans l'avant-bras ni dans le bras, il s'aperçut qu'il s'était formé une grosseur sur le bras gauche, vers la partie moyenne de la région antérieure, au niveau du ventre du biceps. Cette tumeur resta stationnaire pendant longtemps, quoique le malade fût soumis à un traitement spécifique mixte. En janvier 1876, elle présentait les caractères suivants : sa forme était ovoïde, son grand axe mesurait 3 centimètres et était perpendiculaire à la direction du muscle. Elle était indolente à la pression. La peau ne lui adhérait point et glissait à sa surface. On pouvait lui imprimer des mouvements de latéralité quand le muscle était dans le relâchement. En la palpant alors avec soin, il me sembla qu'elle était située au-dessous de l'aponévrose. La saillie au-dessus des parties voisines était de 1 centimètre environ ; dure, d'une consistance homogène, sans fluctuation, elle se détachait avec assez de netteté des tissus adjacents. Lorsqu'on faisait contracter le muscle, elle diminuait de saillie et semblait se perdre et s'enfoncer dans la masse du biceps, tout en restant accessible au toucher. Alors sa mobilité disparaissait.

Elle ne causait aucun trouble fonctionnel. En février pourtant, l'extension complète devint impossible pendant quelques jours ; mais ces symptômes de l'affection bicipitale furent très modérés et de peu de durée. Elle n'entra en résolution que dans le mois de mars, et disparut sans laisser aucune trace. Cet homme qui était grand, coloré, blond, d'une structure athlétique, avait vu ses forces diminuer considérablement depuis le début de sa vérole. Il eut des accidents consécutifs peu graves, qui se reproduisirent

fréquemment. Je l'ai perdu de vue depuis la guérison de cette tumeur.

Les antécédents des malades et leur constitution ont été souvent omis : dans l'observation 65 et celle qui suit les malades étaient rhumatisants.

Observation 55.

Mendel (1).

Rhumatisant, gommes du mollet et du jambier antérieur. — Phlébite syphilitique.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est âgé de 32 ans, il a déjà eu plusieurs attaques de rhumatisme aigu ; il y a deux mois il a eu la syphilis : son chancre, situé a la face inférieure de la verge, n'est pas encore complètement cicatrisé. Néanmoins la roséole et les syphilides muqueuses ont déjà fait leur apparition.

Il y a une quinzaine de jours, à son entrée dans le service de M. le professeur Fournier, le malade ressentit dans le mollet gauche une douleur assez forte pour l'empêcher de se tenir debout et de marcher. Voici ce qu'on pouvait constater dans cette région : à la partie moyenne de la face postérieure de la jambe, la palpation fait aisément reconnaître l'existence de 4 nodosités dures, de forme plutôt allongée, et situées toutes dans l'axe longitudinal de la jambe. Ces nodosités semblent avoir pour lieu d'origine les masses musculaires mêmes, car elles participent aux mouvements des muscles, dans les mouvements de flexion et d'extension du pied. Quelques jours après, appa-

(1) *Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 10 janvier 1895, *in Ann. de dermat. et de syph.*, 1895.

raissaient sur la face antérieure de la même jambe gauche, tout contre la partie moyenne de la crête du tibia, une tuméfaction ovoïde, allongée suivant l'axe longitudinal du membre, dure, douloureuse, et mobilisée par les contractions du jambier antérieur.

Ces tumeurs, qui ont diminué aujourd'hui de plus de moitié, ne sont autre chose que des gommes développées dans l'épaisseur du muscle. Elles ont dans le cas actuel une précocité vraiment extraordinaire.

Mais le malade est encore porteur d'une lésion rare apparue en même temps que la myosite : la phlébite syphilitique. On constate facilement par la simple palpation que les saphènes internes sont transformées dans leur trajet jambier en des cordons durs, roulant sous le doigt, douloureux. De même les veines des membres supérieurs, bras et avant-bras, ont subi la même transformation. Ici, elles transparaissent sous la peau, et nulle erreur n'est possible quant à la détermination de la lésion.

5° *Rapports chronologiques.* — On a mentionné 13 fois le temps qui s'est écoulé depuis l'infection jusqu'à l'apparition de la gomme. Ces 13 cas se divisent ainsi :

5	malades	1 à 6	mois	après l'infection.
0	—	7 à 12	—	—
3	—	1 à 2	ans	—
0	—	2 à 3	—	—
0	—	3 à 4	—	—
2	—	4 à 5	—	—
1	—	5 à 6	—	—
2	—	après 6 années et plus.		

Nous pourrons donc diviser comme Mauriac les myopathies gommeuses en 2 catégories : les myopathies gommeuses précoces, qui apparaissent dans les 6 premiers mois qui suivent l'infection, et les myopathies

gommeuses tardives, qui n'apparaissent que quelques années après l'infection.

Observation 56.

Fournier (1).

Syphilide ulcéreuse de la verge. – Myosite gommeuse du jumeau interne. — Guérison.

Le nommé S..., homme de peine, 55 ans, est entré à l'hôpital Saint Louis, service de M. Fournier, lit n° 38, le 17 mai 1879. Ce malade, issu de parents ayant toujours joui d'une bonne santé et morts très vieux, a eu la gourme dans son enfance, et de plus un degré très avancé de surdité qu'il a commencé à éprouver dès l'âge de 8 à 10 ans. Depuis cette époque, l'acuité auditive est restée à peu près stationnaire, cependant plus vive à certains moments, elle diminue à d'autres. Ce malade certifiait qu'il n'avait jamais été atteint d'accidents vénériens pendant sa jeunesse, mais, il y a deux ans, il aurait contracté une affection de ce genre suivie d'une éruption de papules.

Il y a environ trois semaines, après une continence de trois mois, il eut rapport avec une femme suspecte, et deux ou trois jours après a commencé l'apparition d'une rougeur sur la face interne du prépuce et aussi étendue que l'ulcération qu'il présente actuellement. Il dit avoir assez vivement souffert à cette époque, et il aurait même éprouvé un certain mouvement fébrile.

Des ulcérations existent depuis cette époque, et donnent lieu à un écoulement abondant, entretenu peut-être par sa grande malpropreté.

Ces ulcérations sont au nombre de trois, deux grandes et une petite. Ces ulcérations sont superficielles, un peu

(1) Froidure. *Thèse de Paris*, 1882.

saillantes, le fond en est rouge, granuleux. Elles sont limitées par un bord très nettement découpé, formé par un étroit liseré rouge recouvert d'un mince épiderme.

Mais, depuis huit jours, il souffre au mollet, et a été obligé de garder le lit. On trouve en effet au niveau du bord interne du jumeau droit un assez large empâtement sous-cutané, la peau à ce niveau n'a aucune altération et glisse sur la zone malade

Le pourtour de cette zone est dur, comme fourni par une infiltration inflammatoire, le milieu en est ramolli et fluctuant. La pression à ce niveau est douloureuse et la marche est très pénible.

Malgré les signes inflammatoires et le défaut d'antécédents, M. Fournier porte le diagnostic de syphilide ulcéreuse de la verge et de myosite gommeuse du mollet.

Pansement avec solution de nitrate d'argent, iodure de potassium 3 gr.

22 mai. — Les ulcères de la verge sont cicatrisées, la tuméfaction de la jambe s'est affaissée ; la fluctuation du centre est à peu près disparue, et il ne reste plus que l'empâtement qui la délimitait au début. Le tout n'est presque plus douloureux, et le malade a recouvré l'usage de sa jambe.

Le 23, le malade a commencé à se lever, et ne souffre presque plus de la jambe, continuation du traitement.

5 juin. — La myosite a considérablement diminué, à peine sent-on encore un noyau de la grosseur d'une amande.

La consistance est moins dure qu'au début, ulcères de la verge complètement cicatrisés. On supprime l'iodure de potassium à cause d'un acné intense de la face.

11 juin. — Les dernières traces de l'induration musculaire ont disparu, le malade marche facilement. Exeat.

Observation 57 (inédite).

Onze ans après le chancre, myosite gommeuse de l'avant-bras droit et de la fesse gauche.

Homme âgé de 37 ans. A l'âge de 20 ans a contracté une blennorrhagie et une orchite consécutive. Syphilis au Tonkin en 1883, suivie de roséole, laryngite, rose des vents.

Se présente à la consultation (service de M. le Professeur Spillmann) le 15 octobre 1894. On constate : gomme située dans les muscles de l'avant-bras droit ; quelques gommes sur le paquet vasculo-nerveux du même membre. Gommes sous-cutanées de chaque côté du genou droit. Dans la fesse gauche, au milieu des masses musculaires, tumeur gommeuse située à la hauteur de l'épine iliaque, trois gommes à la face postérieure de la fesse droite. Ostéite du tibia gauche, douloureux à la pression. A été traité cependant au mercure pendant deux ans. On lui fait des injections de thymol-acétate de mercure.

Observation 58 (inédite).

Service de M. le Professeur Spillmann.

Myosite gommeuse du sterno-mastoïdien et du scalène. — Plaques d'ecthyma, ulcération du palais. — Traitement spécifique. — Amélioration.

La nommée Marie V..., âgée de 22 ans, ouvrière en chaussures, entre au service de M. le Professeur Spillmann, le 24 septembre 1894, salle 14, n° 10.

Rien de particulier dans ses antécédents. Il y a un mois, elle a eu sur le cuir chevelu, à droite de la suture

médiane, sur les pariétaux à égale distance du frontal et de l'occipital, des plaques d'ecthyma ; puis, quelques jours après, d'autres plaques d'ecthyma se manifestèrent sur la région frontale au-dessus de l'arcade sourcilière gauche et sur la ligne médiane ; un peu plus tard ce sont la fesse droite, la deuxième côte droite, à son attache au sternum, la poignée du sternum, l'articulation sterno-claviculaire gauche qui se couvrent d'ecthyma.

Il y a 12 jours la malade éprouva de la difficulté dans la déglutition ; dans le pharynx les aliments lui causaient une sorte de brûlure ; elle avait de la gêne dans la parole ; quatre jours plus tard, la malade ne peut plus manger ; elle entre à l'hôpital le 24 septembre : il y a huit jours qu'elle n'a pu manger.

Etat actuel. — Plaques d'ecthyma sur l'arcade sourcilière gauche, sur la région frontale, le cuir chevelu. Ulcérations au niveau de la deuxième côte droite, de l'articulation sterno-claviculaire gauche. Ecthyma sur la fesse droite ; ulcération du voile du palais.

Gommes. — Au niveau du sterno-cleido-mastoïdien droit, une gomme de la grosseur d'un œuf de pigeon sur laquelle la peau se meut avec facilité, à la partie inférieure ; dans sa partie moyenne et dans son tiers supérieur deux gommes, moins volumineuses que la précédente, et comme elle, franchement situées dans l'épaisseur du muscle. Au milieu du scalène antérieur droit une gomme assez volumineuse ; plusieurs, plus petites, dans l'épaisseur du grand pectoral gauche.

La malade est affaiblie, figure pâle, conjonctives décolorées ; elle dit avoir beaucoup maigri. La voix est nasonnée, la déglutition pénible, très douloureuse. La malade ne s'alimente qu'avec du lait et du bouillon. Céphalée persistante.

Traitée par des injections de thymol-acétate de mercure et iodure de potassium 2 grs par jour.

30 septembre. — Etat général meilleur. La voix est toujoure nasonnée, l'alimentation difficile.

3 octobre. — Gale traitée par des bains sulfureux. Suppression de l'iodure pendant trois jours.

9 octobre. — Gale disparue. Tous les accidents ont diminué d'intensité, les ulcérations de la partie gauche du sternum sont complètement bouchées ; la perforation du voile du palais a diminué de moitié de volume et d'étendue ; les bords sont rougeâtres et forment un bourrelet qui bourgeonne ; point de suppuration. Les gommes du sterno-cleido-mastoïdien sont peu diminuées.

15 octobre. — Etat général actuel : la malade s'alimente plus facilement.

8 novembre. — La malade est prise subitement d'hémoptisie ; elle crache le sang en petite quantité.

9 novembre. — Dyspnée état nauséeux avec crachements sanguins. Expiration prolongée au sommet droit.

13 novembre. — La malade a été reprise de vomissements avec quelques filets de sang. L'iodure de potassium est suspendu pendant quelques jours. Régime lacté. Légère gingivite mercurielle. Les injections sont suspendues pendant une semaine.

30 novembre. — Erythème papuleux sur la face dorsale des deux poignets, symétrique et bien localisé.

La malade quitte l'hôpital après sa onzième injection de thymol-acétate.

Observation 59.

Mauriac (1).

Syphilis bénigne dans ses premières manifestations, mais avec altération de la santé générale. — A la troisième année, phtisie syphilitique ou syphilose pulmonaire. — A la quatrième année, syphilome gommeux du sterno-cleido-mastoïdien. — Gomme sous-cutanée.

(1) Mauriac. *Syphilis tertiaire.*

M. X..., à l'âge de 26 ans, contracte plusieurs petits chancres balaniques et préputiaux, rapidement guéris. En 1873, l'année suivante, maux de gorge, alopécie que je soignai par un traitement spécifique. L'état des forces ne tarda pas à s'altérer ; nouvelles poussées sur la langue et dans la gorge. En 1874, laryngopathie qui dura trois ou quatre mois ; pharyngopathie ulcéreuse grave. Je lui fis prendre les deux spécifiques sous toutes les formes.

En 1876 (troisième année de la syphilis), bronchite à allures d'un catarrhe bronchique, mouvement fébrile vespéral, transpirations nocturnes très abondantes.

Après avoir passé plusieurs mois à la campagne, M. X... revint très amélioré ; il toussait beaucoup moins et reprenait des forces. En novembre 1876, il éprouva des douleurs ostéocopes dans tous les membres, mais principalement dans le bras gauche ; puis il lui survint de l'onyxis à l'indicateur et au medius du même côté. Il ne suivit aucun traitement.

Au commencement de février 1877, il s'aperçut fortuitement de l'existence d'une grosseur siégeant au niveau de l'insertion inférieure du sterno-cleido-mastoïdien droit ; elle était diffuse, sans douleur spontanée, ni à la pression, et ne causait aucune gêne dans les mouvements du cou. Peu de temps après, deux petites tumeurs semblables à des glandes se produisirent plus haut, sur le trajet du muscle, au-dessus de l'oreille, à 7 ou 8 centimètres de l'insertion mastoïdienne. Ces lésions, qu'on ne traita point, augmentèrent peu à peu et restèrent indolentes jusqu'au milieu de mars. Le malade, qui ne s'en était pas préoccupé jusque-là, commença à y éprouver quelques douleurs et des tiraillements. Il vint me consulter le 26 mai 1877 (quatrième année de la syphilis).

Je le trouvai amaigri, pâle, avec une teinte terreuse. Plus de sueurs ni de toux, digestions excellentes. La tumeur sterno-mastoïdienne occupait les deux insertions inférieures du muscle, s'étendait sur la clavicule et recouvrait une partie de la fourchette du sternum. Elle remontait

le long du muscle dont toute l'épaisseur était envahie par elle jusqu'à une hauteur de 12 cent. ; là, elle se terminait brusquement en cône et elle mesurait 5 cent. de largeur à sa base et 4 dans les autres points. Très dure et indépendante de la peau et du tissu cellulaire dans presque toute son étendue, elle les avait envahis et s'était ramollie à sa base entre les deux branches de l'insertion du sterno-mastoïdien ; là, on percevait de la fluctuation et les téguments étaient rouge-violacé, amincis, avec de l'engorgement œdémato-plastique tout autour du foyer liquide qui ne s'était pas encore ouvert.

Quant aux deux tumeurs situées plus haut, elles adhéraient à la peau et plongeaient dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais n'avaient aucune connexion avec le muscle. Leur grosseur était celle d'une grosse noisette. L'une d'elles s'était ramollie, on la sentait fluctuante ; la peau qui la couvrait était rouge et amincie. Troubles fonctionnels insignifiants ; un peu de gêne et de tiraillement quand il y avait de l'humidité dans l'air.

Je prescrivis 4 gr. d'iodure de potassium.

31 mars. — La tumeur sterno-mastoïdienne avait un peu diminué, mais surtout les deux gommes sous-cutanées.

12 avril. — Disparition presque complète des 2 gommes sous-cutanées ; la tumeur sterno-mastoïdienne a diminué d'un tiers.

Guérison les jours suivants.

Observation 60.

Mauriac (1).

Tumeur gommeuse du trapèze avec encéphalopathie syphilitique interstitielle, gommeuse et pachyméningétique.

(1) Mauriac. *Syphilis tertiaire*, p. 455.

Deux ans après un chancre suivi d'accidents peu graves, un commis marchand, âgé de 26 ans, tomba dans la consomption ; douleurs dans l'extrémité inférieure droite, marche difficile, grande faiblesse corporelle et intellectuelle, affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence, rétention d'urine avec catarrhe, fièvre. Cinq ou six mois après ces accidents, mort.

« A l'autopsie, pachyméningite hémorrhagique sur le rocher gauche, dans la fosse crânienne moyenne, légère rougeur hémorrhagique de la pie-mère. Foyers de ramollissement dans le noyau lenticulaire et la couche optique gauche, avec tumeurs gommeuses, petites, irrégulières, d'un blanc verdâtre.

A l'insertion du muscle trapèze gauche à la clavicule, se trouve une tumeur de 1 pouce 3/4 d'épaisseur, très dense, colorée par places en gris rougeâtre, en blanc pur ou en blanc verdâtre ; à l'intérieur on distingue encore bien les fibres. L'examen microscopique montre des granulations fines très compactes, avec métamorphose graisseuse et épaississement caséeux dans les endroits jaune blanchâtre. Les ganglions inguinaux sont indurés, le muscle droit de l'abdomen présente, dans certaines parties, des épanchements hémorrhagiques et de la suppuration. Rien de particulier dans la moelle épinière. »

II. Syphilis héréditaire. — Nous avons pu réunir trois observations de gommes musculaires chez des syphilitiques héréditaires. Dans deux cas, elles se sont développées l'une à 13 ans, l'autre à 18 ans ; dans la 3e, elle a apparu presque à la naissance.

Observation 61

Fournier (1).

Myosite gommeuse du jumeau interne chez un enfant de 13 ans, syphilitique héréditaire.

Il s'agit d'une petite fille de 14 ans, hérédo-syphilitique, présentant des malformations dentaires multiples (notamment l'échancrure semi-lunaire d'Hutchinson sur les deux incisives médianes supérieures), et déjà cruellement éprouvée par la syphilis avant l'époque où se produisit la lésion musculaire dont nous allons parler.

Vers l'âge de 13 ans, l'enfant commença à se plaindre de douleurs dans la partie supérieure et interne du mollet droit. Bientôt elle ne marcha plus que difficilement et se mit à boiter. Le mal s'accrut, et, quelques mois plus tard, la marche ne fut plus guère possible que sur la pointe du pied, dans l'attitude du pied-bot équin.

Consultés à ce moment, M. le Dr Porak et moi constatons l'état suivant : marche difficile, ne s'exécutant que sur la pointe du pied ; douleurs dans les mouvements naturels ; douleurs dans les mouvements imprimés au membre, alors surtout qu'on essaie de fléchir le pied droit sur la jambe ; — jambe droite légèrement œdématiée au niveau de la partie supérieure et interne du mollet, qui est le siège d'une tuméfaction très appréciable, sans modification de couleur des téguments. Cette tuméfaction correspond exactement au quart supérieur du jumeau interne. En ce point l'exploration du membre est douloureuse. Il est facile cependant de se rendre compte par le palper que le siège de la tuméfaction et de la douleur ne réside pas dans les parties molles superficielles

(1) Fournier. *Syphilis héréditaire tardive.*

(peau et tissu cellulo-adipeux), mais bien dans les parties profondes, c'est-à-dire dans le muscle. Très évidemment c'est le muscle et le muscle seul qui est en cause. Dans une étendue de 7 à 8 centimètres en hauteur, sur 5 à 6 en largeur, il se présente à l'état d'une masse compacte, ferme, résistante, dure, qui contraste avec la souplesse des tissus ambiants. Cette masse est susceptible de légers déplacements latéraux quand le muscle est relâché ; au contraire elle devient immobilisable dès que le muscle entre en contraction, etc...

Que pouvait être une semblable dégénérescence musculaire sur une enfant de 14 ans ? En raison des antécédents et aussi des caractères de la tumeur, nous fûmes d'avis M. Porak et moi, que nous avions sûrement affaire à une myosite gommeuse du muscle jumeau interne. Le traitement fut institué en ce sens, et j'ai la satisfaction de dire que le résultat obtenu confirma absolument notre diagnostic commun.

Observation 62.

Derville (1).

Myosite gommeuse disséquante de l'avant-bras chez un syphilitique héréditaire de 18 ans.

H... H..., 18 ans, se présente le 26 février 1897 à la consultation de M. Derville, au dispensaire St-Raphael, pour des ulcérations étendues de l'avant-bras droit, datant de 5 mois et rebelles à tous les traitements institués jusqu'à ce jour.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère du sujet vivent tous deux, et jouiraient d'une bonne santé ;

(1) Lohéac. *Myosite gommeuse disséquante ; in Journal des sciences médicales de Lille*, 27 novembre 1897.

nous avons vu et interrogé la mère, qui est peu intelligente, et ne nous a pas donné de renseignements précis sur leurs maladies antérieures.

8 enfants et 3 pertes ; la 1re grossesse a été normale, régulière ; l'enfant, qui est actuellement une jeune fille de 23 ans, était fort bien constitué. Les 3 grossesses qui ont suivi se sont terminées par des avortements, l'une à 3 mois 1/2, les autres vers 7 mois ; quant aux autres elles ont été menées jusqu'à terme, mais les enfants naissaient chétifs et sont tous morts en bas âge, la plupart avant leur première année. L'avant-dernier seul a survécu : c'est lui qui fait le sujet de cette observation.

Antécédents personnels. — Le malade est né à terme ; à sa naissance il était très petit, et dans son enfance il aurait toujours été chétif et difficile à élever.

Il n'a marché qu'à 18 mois, aurait eu une fièvre typhoïde (?) à 10 mois.

Plus tard, nous relevons des laryngites fréquentes, un coryza ayant duré plusieurs mois, de l'otorrhée chronique et une pleurésie vers 10 ans.

Enfin l'été dernier, en juillet, il entrait à l'hôpital pour une affection du coude droit, qui datait de plusieurs mois et qui nécessita plusieurs interventions successives. Nous ne savons malheureusement pas quel fut le diagnostic porté. Quoi qu'il en soit, le malade, après un séjour de deux mois à l'hôpital, en sortait à peu près guéri, mais avec une ankylose à peu près complète du coude.

Un mois environ après sa sortie, c'est-à-dire en septembre, apparurent successivement, d'abord au niveau du 1/3 inférieur de la face postérieure de l'avant-bras droit, puis un peu plus haut, deux ou trois grosseurs, peu douloureuses du reste, mais qui s'accrurent progressivement. Au début, la peau conserva ses caractères normaux, tous les mouvements de la main et des doigts étaient intacts, mais bientôt certains d'entre eux devinrent moins faciles, moins étendus, tandis que la peau s'ulcérait au niveau des nodosités, laissait échapper par

ces ouvertures, non du pus, mais des « mauvaises chairs jaunâtres », selon l'expression du malade.

Depuis lors, les ulcérations, d'abord bien limitées, s'étendirent progressivement malgré divers traitements, institués par le médecin traitant qui, finalement, proposa l'amputation.

Etat actuel. — 26 février, le malade, de petite taille, peu musclé, entièrement glabre, est extraordinairement peut développé pour son âge. Quoiqu'il ait 18 ans révolus, à le voir on lui donnerait plutôt 12 ans. Voix grêle, testicules petits, atrophiés. Teint grisâtre, terne, facies assez intelligent. Pas de difformité crânienne, ni nasale. Dentition à peu près régulière. Pas de cicatrices commissurales ; à la face externe de la cuisse gauche, on remarque un large placard de coloration cuivrée, à contours polycycliques et prurigineux, datant déjà de plusieurs mois

La face postérieure de l'avant-bras droit est le siège de vastes ulcérations occupant presque toute la surface du membre.

1° Tout d'abord au 1/3 inférieur existe une ulcération très étendue et très caractéristique :

Cette ulcération dont le grand axe parallèle à celui du membre, mesure plus de 10 cent., occupe toute la largeur de la face postérieure et empiète même sur la face antérieure de l'avant-bras. Les bords sont très élevés, à pic, nullement décollés, pas de coloration violacée. Le bord interne de l'ulcération affecte une forme assez régulièrement ellipsoïde, mais il n'en est pas de même du bord radial qui est très nettement polycyclique ; on distingue encore les contours d'une ulcération plus récente qui est venue se réunir aux autres. Le fond de l'ulcère est formé par les muscles et les espaces intermusculaires ; tous les autres tissus, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose anti-brachiale ont entièrement disparu ; sur ce fond irrégulier, raviné, on remarque plusieurs saillies à bourgeons exubérants, parallèles à l'axe du membre, qui ne sont que les vestiges de groupes musculaires profondé-

ment altérés, Du bord interne au bord radial nous trouvons successivement les saillies parfaitement reconnaissables que forment le cubital postérieur et le groupe des muscles épicondyliens ; des mouvements appropriés de la main et des doigts déterminent des changements de volume dans ces différentes saillies.

Entre ces deux saillies, on remarque une gouttière profonde au fond de laquelle on aperçoit une lamelle blanchâtre, assez résistante, qui n'est autre qu'un tendon, probablement de l'extenseur commun.

Dans l'intervalle des bourgeons saillants, existent de petites cavités remplies par une matière jaunâtre, molle, assez adhérente, d'aspect bourbillonneux.

2° La région olécrânienne est le siège d'un second ulcère moins vaste que le précédent. Son grand axe est parallèle à celui de l'avant-bras et mesure 7 cent. ; sa largeur est de 6 cent. ; la forme générale en est arrondie, légèrement ovalaire ; les bords sont peu élevés, non violacés, nullement décollés et présentent des traces manifestes de festons, provenant de lésions qui, primitivement isolées, sont devenues confluentes.

3° Enfin, entre les ulcérations précédentes, existe un dernier groupe d'ulcérations, formé de plusieurs lésions encore incomplètement confondues. A la partie la plus interne, se voit une dépression infundibuliforme, profonde, mesurant environ 4 à 5 cent., autour de laquelle se rangent plusieurs ulcères circulaires, en partie confluents, présentant les mêmes caractères que les précédents, mais moins profonds, moins ravinés. L'ensemble de ces ulcérations nettement circulaires et en partie confondues, présente un aspect festonné caractéristique.

Pour être complet, ajoutons que sur la limite de la face antérieure, à quelques centimètres du dernier groupe de lésions, existe une gomme sous-cutanée, de la grosseur d'une noisette.

Toutes ces ulcérations sont absolument indolores , elles sont le siège d'un suintement très abondant. Les mouve-

ments d'extension des doigts de la main, ainsi que les mouvements de latéralité du poignet, sont fort limités.

L'aspect particulier de ces vastes ulcérations, leurs bords polycycliques, leur fond jaunâtre bourbillonneux, leur mode de début, leur évolution ne laissent aucun doute sur leur nature. Il était évident qu'il s'agissait là de gommes syphilitiques, développées au sein des masses musculaires de l'avant-bras.

Restait un second point à élucider : étions-nous en présence d'une syphilis acquise ou au contraire de manifestations tardives d'une syphilis héréditaire ? Malgré l'insuffisance des renseignements anamnétiques en ce qui concernait les parents du malade, M. Derville, s'appuyant sur les avortements successifs de la mère, sur la polymortalité effrayante, sévissant sur les enfants de cette famille, et en outre sur l'infantilisme si marqué chez le malade, porta le diagnostic de syphilis héréditaire tardive.

Comme traitement, M. Derville prescrivit : à l'intérieur 3 centigr. par jour de sublimé en 2 pilules ; iodure de potassium, en solution dans la dose quotidienne de 4 gr.

Les ulcérations saupoudrées de poudre d'iodoforme furent recouvertes de bandelettes imbriquées d'emplâtre de Vigo. Ce pansement fut renouvelé tous les deux jours au début ; plus tard, on se contenta d'appliquer un pansement iodoformé.

L'amélioration fut rapide ; deux mois environ après, le malade pouvait être considéré comme guéri ; il ne restait plus qu'une petite ulcération de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, au niveau de l'olécrâne ; tous les mouvements du poignet et des mains se faisaient normalement.

Le 3e cas de gomme musculaire, d'origine syphilitique héréditaire est reporté dans le chapitre de l'anatomie pathologique (obs. 69).

Dans les deux observations précédentes, les gommes se sont développées sans traumatisme, ni aucune cause extérieure, l'une à 13 et l'autre à 18 ans.

La syphilis ne peut être mise en doute, puisque le traitement, dans les deux cas ci-dessus, a été spécifique, et que pour la 3e l'autopsie a démontré amplement l'origine syphilitique de la tumeur.

6° *Manifestations syphilitiques simultanées.* — Les myopathies gommeuses précoces sont accompagnées d'accidents tels que chancre, céphalée, plaques muqueuses, alopécie ; les myopathies tardives se rencontrent en même temps que des gommes sous-cutanées, ulcérées ou non, des syphilides ulcéreuses, des plaques d'ecthyma. Quelquefois, d'autres complications plus graves, pouvant même amener la mort (obs. 60) peuvent exister avec les gommes musculaires : phtisie syphilitique, paralysie générale (obs. 39).

Comme pour les myosites interstitielles, nous pouvons conclure que les myopathies gommeuses appartiennent à une syphilis maligne.

7° *Muscles atteints.* — Le plus fréquent des muscles atteints est sans contredit le sterno-cleido-mastoïdien. Voici d'ailleurs la liste des muscles relatés dans nos observations :

Sterno-cleido-mastoïdien g. et dr.	8 fois
Biceps g. et dr.	3
Grand pectoral g.	2
Scalènes g. et dr.	3
Jumeaux g. et dr.	2
Sus-scapulaire g.	1
Triceps fémoral g. et dr.	2
Muscles extenseurs du bras g.	1
— épitrocléens g.	1
— du mollet g.	1

Muscles des fesses g. et dr.....	2 fois
— du cou (côté droit).....	1
Jambier antérieur g.....	1
Couturier dr.....	1
Grand dorsal dr.....	1
Triceps du bras dr.....	1
Long dorsal	1

Nous reproduisons deux observations de gommes du couturier et du long dorsal : localisation extrêmement rare.

Observation 63.

Dr Reynier (1).

Gommes du couturier. — Gommes cutanées. — Traitement mixte. — Disparition des gommes; persistance d'induration dans le muscle.

Echiv... (Albert), 30 ans, blanchisseur, entre le 25 octobre 1886, dans le service de M. Reynier, à St-Louis.

Son père, sa mère, ses deux frères se portent bien. Lui-même a eu mal aux yeux vers l'âge de trois ans; il n'en reste aucune trace actuelle. Rougeole à sept ans. En 1877, une blennorrhagie avec épididymite consécutive ayant laissé une induration encore très nette. En 1879, adénite suppurée de l'aine, d'origine inconnue, incisée au Midi. Echiv... est marié; il a eu un enfant mort de la coqueluche à l'âge de quatre ans. Sa femme n'a jamais fait de fausse couche. Il a souvent des bronchites l'hiver ; on trouve de la rudesse de l'inspiration aux deux sommets.

Il y a trois mois, il s'est aperçu d'une certaine gêne dans les mouvements du membre inférieur droit et il a constaté

(1) Reynier *Gommes du couturier*, *in Ann. de dermatol. et de syphil.*, 1887.

à la cuisse, au siège précis indiqué plus loin, la présence de petites tumeurs qui ont été en se multipliant et en augmentant de volume. Un mois plus tard, d'autres tumeurs semblables se montraient à la jambe ; celles-ci plus superficielles et faisant saillie sous la peau, dès le début non douloureuses. Ces tumeurs superficielles se sont ouvertes depuis quinze jours et ont donné lieu à un écoulement assez abondant de liquide puriforme. Aucun traitement n'a été suivi.

A son entrée, le malade présente, sur la partie interne de la jambe droite, cinq ulcérations profondes, arrondies, à bords décollés, à fond irrégulier et jaunâtre, indolores. La cuisse est sensiblement plus grêle que celle du côté opposé ; la palpation permet de constater sur le trajet du couturier, depuis son insertion supérieure jusqu'à la patte d'oie, au-dessous de la peau qui glisse facilement et qui n'est pas soulevée, une chaîne de petites tumeurs extrêmement nombreuses (18 à 20), assez régulièrement ovoïdes, se touchant par leurs bords en plusieurs points ; leur volume varie entre celui d'un haricot et celui d'une grosse noix ; elles sont d'une dureté élastique ; aucune ne paraît fluctuante ; on peut s'assurer que ces tumeurs sont comprises dans l'épaisseur du couturier en faisant contracter le muscle : au lieu d'être distinctes et de présenter une légère mobilité latérale, elles sont alors fixées et se confondent en partie avec le corps du muscle devenu rigide.

La pression ne produit pas de douleur, mais la contraction du muscle est douloureuse et plus faible que du côté opposé. L'état général est bon.

Le malade nie avoir eu un chancre ; en l'examinant on découvre sur la partie supérieure du pilier antérieur droit, au-dessous de la loge amygdalienne, une dépression rouge foncé, et dans la région sous-maxillaire correspondante, un ganglion gros, induré et indolore. Echiv... n'a aucune souvenance de cette lésion.

M. Reynier pose le diagnostic de syphilis ignorée, dont l'accident primitif a peut-être existé au niveau du voile du

palais, et actuellement manifestée par des gommes superficielles ulcérées et des gommes intra-musculaires du couturier. Le malade est présenté à M. Fournier qui confirme ce diagnostic.

Le traitement appliqué immédiatement (deux cuillerées de sirop de Gibert, pansement à l'emplâtre de Vigo), donne une amélioration rapide. Le 30 octobre, les gommes ulcérées sont en voie de réparation; les gommes du couturier ont beaucoup diminué de volume; le muscle se contracte sans douleur.

Au moment où le malade quitte le service, le 20 novembre, les ulcérations sont guéries depuis plusieurs jours; il ne reste plus, dans le couturier, que quelques petites indurations disséminées.

Le malade a été revu dans le courant de janvier 1887 : les indurations persistaient.

Observation 64.

Virchow (1).

Tumeur syphilitique du long dorsal. — Mort par accidents cérébro-spinaux.

Chez une journalière, âgée de 53 ans, qui présentait une paralysie presque complète des extrémités inférieures, on constata, dans le service du professeur Frerichs, l'existence d'une tumeur ovale, allongée, très compacte, assez douloureuse placée à côté de la colonne vertébrale et siégeant dans le long dorsal.

Elle s'étendait de la première vertèbre dorsale jusqu'à la huitième et écartait l'omoplate de la paroi thoracique.

Après s'être accrue au début, cette tumeur s'atrophia au point qu'on ne pouvait plus la sentir. La malade prenait

(1) Virchow. *Pathologie des tumeurs*, t. II, p. 431.

de l'iodure de potassium. Elle n'en peut pas moins des eschares, de la cystite, des vomissements, des troubles de la respiration et de la parole et mourut par suite de l'aggravation des accidents cérébro-spinaux.

La composition anatomique de la tumeur et sa diminution partielle, si rapide dans les derniers temps de la vie, démontrent suffisamment son origine syphilitique.

Nous avons pu réunir trois observations, dont deux inédites, de myopathies gommeuses symétriques :

Observation 65 (inédite).

Rhumatisant. — Deux ans après le chancre, gommes symétriques des jumeaux; gommes du sterno-cleido-mastoïdien et du biceps brachial gauches.

Le nommé P..., âgé de 50 ans, journalier, entre à l'hôpital, service de M. le professeur Spillmann, le 12 décembre 1894, salle 10, n° 13.

Son père est mort à 83 ans, sa mère à 69 ans d'une affection cardiaque. Le malade a eu la rougeole dans son enfance; a fait la campagne de 1870, s'est couché pendant 17 mois sur la terre (10 mois de captivité).

A l'âge de 25 ans, rhumatisme articulaire aigu aux articulations du pied et du genou des deux membres inférieurs. A 26 ans, blennorrhagie.

En 1885, parésie des membres supérieurs, lumbago, torticolis, traités pendant trois semaines aux bains de Barèges.

En 1892, nouvelle attaque de rhumatisme généralisée. Perd sa femme, se remarie en 1892; sa nouvelle femme le quitte deux mois après le mariage. Trois semaines après le départ de cette dernière, il s'aperçoit d'une éruption rubéolique sur le corps, qui avait été précédée d'un bou-

ton, à base indurée, situé au-dessous de la lèvre inférieure, au niveau de la mouche. Puis, syphilides papulo-érosives autour de l'anus, sur les bourses et le fourreau de la verge ; laryngite, adénite inguinale et cervicale double ; traité avec 160 pilules de protoiodure et 20 grammes d'iodure de potassium.

En 1893, syphilides papuleuses érosives aux bourses et à l'anus. (Traitées.)

En 1893-94, réapparition des mêmes accidents, traités comme précédemment.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, le malade se plaint de douleurs ostéocopes ; il ressent en outre une douleur à la racine du nex et à l'aile droite (gommes).

Au tiers supérieur des deux jumeaux des deux côtés, on constate deux gommes musculaires symétriques ;

Une gomme dans le triceps brachial gauche ;

Une gomme dans le sterno-cleido-mastoïdien gauche, tout près de son attache supérieure.

Depuis trois jours le malade se plaint de fourmillements et de douleurs dans les jambes ; céphalée persistante.

Observation 66 (inédite).

Tumeurs gommeuses sous-cutanées et musculaires, symétriques. — Ulcération et perforation de la voûte palatine. — Laryngopathie. — Guérison rapide.

La nommée H..., âgée de 35 ans, ouvrière en chaussures, entre à l'hôpital, service de M. le professeur Spillmann, le 8 mai 1894, au lit n° 9, salle XVI.

Antécédents héréditaires. — Père vit encore, éthylique. Mère morte en 1870, à l'âge de 42 ans (cirrhose atrophique). La malade a eu cinq frères et sœurs bien portants. Quatre frères sont mariés, ont de nombreux enfants bien portants, excepté une fille appartenant à l'aînée de la famille, et qui est sourde-muette.

Antécédents personnels. — La malade actuelle, la cinquième enfant, célibataire, a eu deux enfants illégitimes; une petite fille à l'âge de 24 ans, laquelle enfant est née avant terme vers le septième mois et n'a pas vécu. Deux ans plus tard (26 ans) a accouché d'un petit garçon (application de forceps nécessaire) qui est mort de diphtérie à l'âge de trois ans.

Réglée à 21 ans, dès le début régulièrement et assez abondamment, puis, au bout de 6 mois, règles irrégulières, avancées ou retardées. De 17 à 21 ans, étant au couvent à Strasbourg, a eu tous les mois des érysipèles.

Il y a trois ans, elle aurait eu une bronchite.

La mère nie tout antécédent spécifique. Etant jeune elle a eu des croûtes sur la tête, elle ne voyait pas clair; rien du côté des oreilles.

Depuis 1888, elle a vécu maritalement avec un ouvrier terrassier qui serait le père de ses deux enfants; toutefois elle nie lui avoir jamais vu aucune trace de chancre ni de bouton, aux parties génitales; n'aurait jamais eu de laryngite, ni de chute de cheveux. Sa vie en commun dura cinq ans, jusqu'à Pâques 1893, époque à laquelle le terrassier se maria; depuis, il n'avait pas eu d'enfants.

La malade actuelle a tenté de se suicider le 8 avril 1893, à 11 heures 1/2, en se jetant dans le canal; elle a été retirée aussitôt. Elle avait ses règles au moment de sa chute à l'eau; elle a dû être traitée pendant trois semaines pour un œdème considérable de la face. Depuis cette époque elle tousserait davantage.

Début de la maladie. — Au mois de septembre dernier, la malade a vu apparaître un petit bouton situé à l'angle interne de l'œil gauche, gros comme un pois, avec un petit point blanc au centre qu'elle a percé avec une épingle; puis application de pommade au goudron. Quand il se formait une croûte elle l'arrachait avec ses doigts. L'ulcération s'est étendue et occupe l'aile du nez et descend au-dessous de la paupière inférieure, le pourtour est déchiqueté, entouré d'une zone érythémateuse, le fond de l'ulcération est d'un rouge sale.

Dans les commencements d'avril, apparaît au niveau, de la loge parotidienne et du lobule de l'oreille droite, une petite grosseur dure, qui augmente de plus en plus. Actuellement elle présente le volume d'une grosse noisette; elle est rouge, molle, rénitente et présente en son milieu et sur ses bords des points jaunâtres.

Etat actuel. — La malade dit avoir maigri depuis 6 ou 8 mois. La face est tirée, les cheveux sont clairs, le thorax est amaigri, les creux sus-claviculaires sont assez marqués.

Traces d'éclats d'obus sur l'avant-bras droit.

Dilatations veineuses, principalement aux cuisses.

Traces de brûlures au genou gauche et à la région antérieure de la cuisse gauche.

La voix est nasonnée, obscure, voilée. La malade présente au niveau de la voûte palatine à gauche du raphé médian et au niveau de la 2e grosse molaire une ulcération (reste d'une tumeur qui fut prise pour un abcès et ouverte au bistouri). Cette ulcération est longue de 3 cm., a la forme de losange dont la pointe part du raphé et dont l'autre extrémité ovoïde descend obliquement à 2 ou 3 cm. du raphé. Cette ulcération est en partie comblée, il ne reste plus qu'une légère excavation au niveau de la grosse extrémité.

Dilatation des jugulaires. Artério-sclérose.

La malade présente une série de gommes localisées surtout aux muscles :

En avant : I. Au niveau de l'articulation sterno-claviculaire des 2 côtés et dans toute la moitié inférieure du sterno-cleido-mastoïdien (elles sont plus nombreuses à gauche). Une au niveau de l'attache supérieure du muscle, à droite.

II. Dans le tiers inférieur des scalènes, surtout à droite.

III. A la partie moyenne du sternum, mais touchant aux articulations sterno-chondro-costales. Cette gomme est grosse comme un œuf de pigeon.

IV. Au niveau de l'appendice xiphoïde, côté gauche, à l'extrémité du sillon sous-mamelonnaire.

V. A la partie supérieure de l'aréole du mamelon gauche, 2 gommes de grosseur inégale.

VI. Au membre supérieur gauche : dans le bras, plusieurs gommes espacées dans toute la hauteur, le long du paquet vasculo-nerveux.

A l'avant-bras, quelques-unes, très petites, disséminées dans les muscles, surtout à la région externe.

Au poignet, quelques-unes sur la face interne.

Gomme au niveau du bord inférieur du grand pectoral, au-dessus du creux de l'aisselle.

VII. Au membre supérieur droit : gomme volumineuse au niveau de l'articulation de la clavicule avec l'omoplate.

Au bras, quelques tumeurs suivant le trajet des nerfs et des vaisseaux.

Rien aux membres inférieurs.

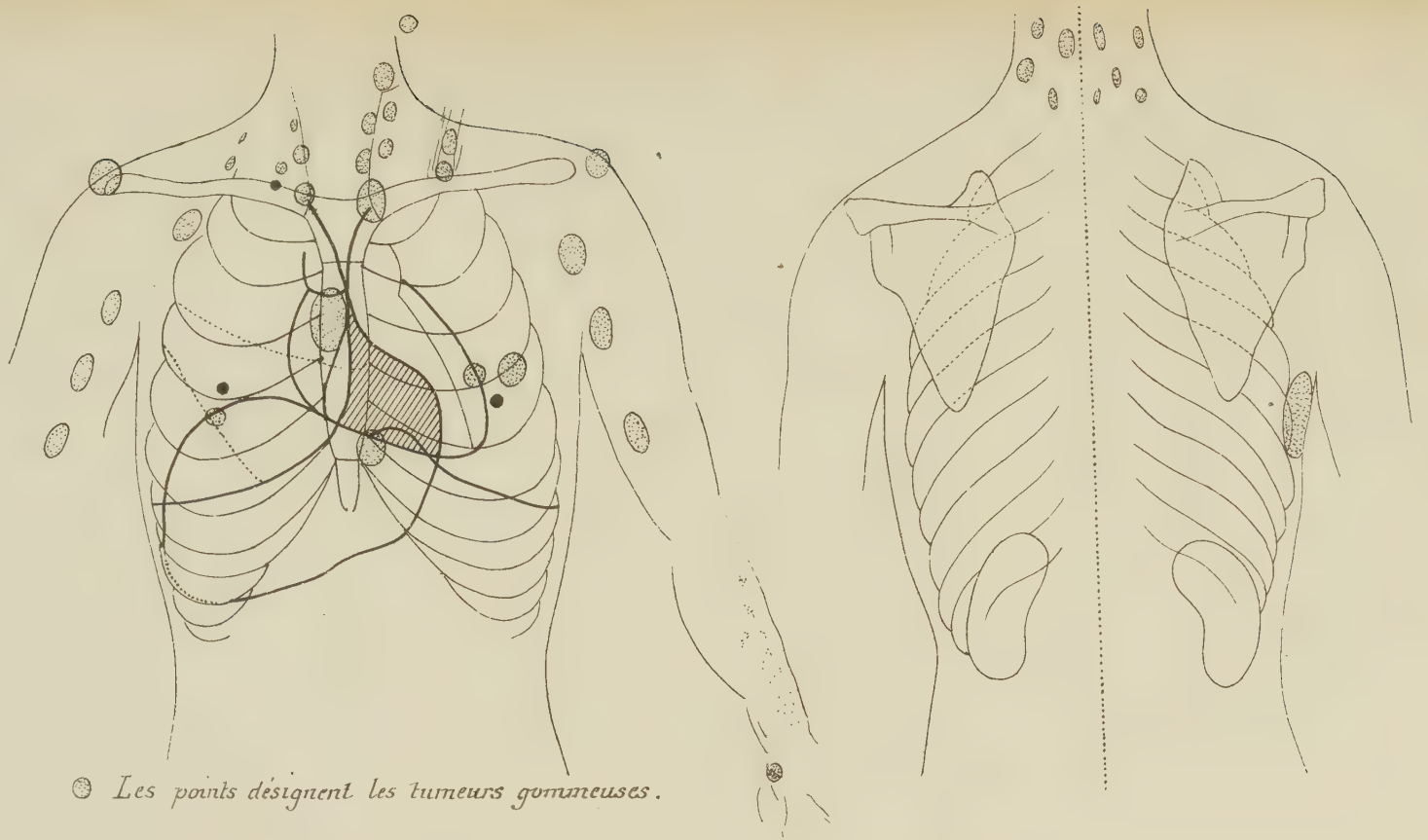
Gommes dans les muscles du cou, et sur le bord externe du grand dorsal droit.

L'examen du larynx fait par le docteur Renaud a montré :

Le côté gauche normal, sauf un léger empâtement de la bande ventriculaire ; sur le côté droit, la portion latérale droite de l'épiglotte et le ligament pharyngo-épiglottique sont fortement tuméfiés et rouges. Sur l'un et sur l'autre, on constate une ulcération très profonde à bords déchiquetés semblables à l'ulcération du voile du palais. La bande ventriculaire est fortement œdématiée, et recouvre la corde vocale dans les 4/5 postérieurs. Le cartilage aryténoïde est le siège d'une tuméfaction considérable, 5 à 6 fois son volume normal ; il semble devoir être le siège d'une suppuration.

La malade est traitée avec 4 gr. d'iodure de potassium par jour, et une injection de thymol-acétate de mercure tous les 8 jours.

Le 5 juin (un mois de traitement), l'ulcération de l'angle de l'œil gauche s'est cicatrisée ; il ne reste plus qu'une plaque érythémateuse. La gomme de la loge parotidienne



Les points désignent les tumeurs gommeuses.

ne s'est pas ulcérée ; son volume est diminué de moitié. Les gommes des sterno-mastoïdiens et des scalènes ont disparu presque complètement ; il ne reste plus que les plus grosses situées aux articulations omo-claviculaire, sterno-claviculaire, et qui ont diminué considérablement de volume. Etat général amélioré. Bon appétit.

L'ulcération du voile du palais n'est plus qu'une légère excavation.

Le 15 juin, l'amélioration continue. Les gommes s'affaissent petit à petit, et l'ulcération palatine disparaît de plus en plus.

Observation 67 (inédite)(1).

Parésie des nerfs de la 3e paire. — Paralysie générale au début. — Gommes symétriques des sterno-cleido-mastoïdiens ; gomme du trapèze. — Traitement mixte. — Guérison des myopathies.

Le nommé Louis V..., âgé de 31 ans, chaudronnier, se présente à la clinique ophtalmologique le 17 novembre 1894.

Père et mère bien portants. Ethylique. A 18 ans, blennorrhagie. A 25 ans, chancre induré dans le sillon balano-préputial ; alopécie, adénite inguinale. S'est traité pendant 4 mois avec des pilules de protoiodure.

Etat actuel. — Malade robuste, tempérament sanguin, bien constitué. Pas d'adénite cervicale ni inguinale. Trace du chancre dans le sillon balano-préputial.

Gommes musculaires symétriques, à la partie moyenne des sterno-cleido-mastoïdiens ; gomme dans l'épaisseur du trapèze droit.

Pupilles inégales ; strabisme externe de l'œil droit ; nystagmus. Hésitation de la parole, dont le malade s'est

(1) Observation due à l'obligeance du Dr Constant, alors interne dans le service de M. le Dr Rohmer.

aperçu depuis 5 à 6 mois. Abolition des réflexes, tremblement des mains.

Injections de peptonate de mercure ; 1 gr. d'iodure de potassium.

15 mai. — Les gommes musculaires ont disparu ; peu d'amélioration dans la parésie de la 3e paire.

Malheureusement on ne dit pas quel est le côté du corps qui a été le premier atteint.

Cela ne nous permet pas de nous rallier à l'explication que donne M. Hallopeau sur la symétrie des gommes : « Il ne s'agit pas de troubles trophiques... l'interpréta-« tion la plus plausible est la suivante : les deux tumeurs « symétriques ne se développent pas simultanément ; « or, la vive irritation que détermine l'évolution de la « première peut amener des troubles dans l'innervation « trophique de la partie symétrique du membre opposé, « et le transformer en milieu de moindre résistance, « accessible aux germes morbides. Les choses se passe-« raient ainsi, comme je l'ai vu survenir dans des con-« ditions identiques, pour des foyers gangréneux. (1). »

8° *Rapports entre les professions et les muscles atteints.* — Les muscles malades ne semblent pas être ceux qui sont les plus employés. Ainsi :

Journalier { jumeaux, triceps gauche, sterno-cleido-mastoïdiens
Couturière — fléchisseurs de l'avant-bras gauche
Cuisinier — biceps gauche
Pâtissier — droit antérieur gauche

(1) *Semaine médicale*, 1892 ; *in Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 7 juillet 1892.

La profession ne semble donc pas exercer une influence sur la localisation de la syphilis.

Causes occasionnelles. — Dans toutes les observations que nous avons pu recueillir, nous n'avons trouvé que deux cas où un traumatisme très léger avait précédé la gomme musculaire. Est-il la cause occasionnelle ? c'est probable, mais l'on ne peut pas cependant l'affirmer, puisque dans d'autres observations il est bien mentionné que le malade n'a jamais subi de traumatisme antérieur.

Observation 68.

Feulard (1).

Syphilis ignorée et méconnue à la suite d'un traumatisme ; tumeur gommeuse de la cuisse datant de deux ans, guérie en deux mois par le traitement spécifique.

M. Feulard présente un malade âgé de 37 ans, atteint d'une énorme tumeur gommeuse du triceps fémoral gauche, aujourd'hui presque entièrement guéri par le traitement spécifique. Les premiers symptômes remontent à 2 ans ; pendant 18 mois la maladie est restée pour ainsi dire latente ; il y a 6 mois, à la suite d'un traumatisme léger, tuméfaction douloureuse de la cuisse qui reste gonflée et dure. Le malade va dans un service de chirurgie où la nature réelle de cette tumeur est méconnue et on lui propose l'amputation de la cuisse. Pris de peur il quitte l'hôpital, va chez un empirique qui applique sur la tumeur une pommade ; la tumeur s'ulcère en deux points, et le malade arrive enfin à l'hôpital Saint-Louis, dans le milieu

(1) *Annales de dermatol. et de syphiligraphie*, 1891, page 162.

de décembre dernier. La forme des ulcérations indique nettement leur nature syphilitique ; on pose le diagnostic d'ulcères gommeux et de gomme syphilitique du muscle triceps. Le traitement est donné et le malade est guéri en 2 mois. Au moment de son entrée, la cuisse du côté malade mesurait 42 cm. de circonférence, et la cuisse droite, saine, n'en avait que 34. Aujourd'hui les deux ont le même volume.

Rapports entre la myosite diffuse et la myosite gommeuse. — Il est difficile de savoir si la myosite diffuse, qui se produit, comme nous l'avons vu plus haut, généralement dans la première année qui suit l'infection, n'est pas la première phase de la myosite gommeuse. Dans nos 51 observations nous n'avons jamais vu qu'une myosite diffuse pouvait, à un moment donné, se transformer en myosite gommeuse ; de même dans les observations de cette dernière, il ne semble pas qu'elle ait commencé par une myosite diffuse. Elles paraissent donc être deux types différents de manifestations syphilitiques des muscles.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans les lésions syphilitiques le fait prédominant, c'est toujours la prolifération, dans le tissu conjonctif, de cellules embryonnaires. Dans les muscles, si ces cellules embryonnaires restent dispersées, sans délimitation précise, ce sera la myosite interstitielle.

Si, au contraire, elles se condensent en foyers, et forment une nodosité, ce sera la myosite gommeuse.

MYOSITE INTERSTITIELLE

Le tissu conjonctif est toujours le premier atteint et ce n'est que secondairement que le muscle subit des transformations. « Au milieu du tissu interstitiel des « faisceaux musculaires se développe un tissu conjonctif, « qui se sclérose et détruit, après l'avoir atrophiée, la « fibrille musculaire primitive (1). »

(1) Virchow. *Syphilis constitutionnelle*, p. 105.

« Les vaisseaux sont dilatés et ramifiés, notamment « dans le sarcolemme, entourés de cellules de granula- « tion. En même temps les noyaux des muscles proli- « fèrent, se gonflent et prennent la forme en biscuit, « comme dans l'atrophie musculaire progressive. Les « cellules sont groupées de différentes manières. Peu à « peu il se produit une dégénérescence graisseuse.

« En quelques points la striation devient indistincte, « dans d'autres elle disparaît complètement. En certains « points les vaisseaux primitifs deviennent seulement « plus minces, sans altération appréciable, ils forment « des traînées étroites, légèrement brillantes, souvent « encore distinctement striées ; parfois un peu sinueuses « ou fléchies et en partie disposées parallèlement, de « sorte qu'on pourrait croire que deux de ces faisceaux « formaient la paroi épaissie d'un canal dans lequel se « trouve la prolifération cellulaire. Par conséquent, « nécrose relativement rapide et atrophie lente tout « autour (1). »

MYOSITE GOMMEUSE

« Les tumeurs gommeuses atteignent quelquefois des « dimensions considérables; souvent elles ont un dia- « mètre de plusieurs pouces et paraissent à la coupe,

(1) Lœwin. *Loco citato.*

« comme formées de dépôts blanchâtres, rougeâtres,
« d'un blanc pur ou d'un blanc jaune, légèrement striés,
« presque sans sècheresse. L'examen microscopique
« montre un tissu de granulation très compacte, à petites
« cellules, dans le tissu connectif intramusculaire, avec
« dégénérescence graisseuse précoce, au milieu de
« laquelle les cellules disparaissent complètement, de
« sorte qu'il ne reste qu'une masse finement granulée,
« riche en graisse et en apparence amorphe. Les stades
« ultérieurs peuvent produire l'impression d'une infiltra-
« tion amorphe, circonstance qui a induit Billroth en
« erreur. Quand on examine la tumeur à une époque
« moins avancée, on rencontre un très grand nombre
« de petites cellules rondes pour la plupart et à un noyau
« comme dans le tissu de granulation. Ce stade cellu-
« laire, dans les tumeurs gommeuses musculaires, dure
« beaucoup plus longtemps que dans toute autre espèce
« de tumeurs de ce genre, à l'exception peut-être des
« tumeurs cérébrales (1). »

Ces tumeurs tantôt se résorbent sans causer aucun dommage, tantôt elles prolifèrent et forment une néoplasie qui peut étouffer, scléroser les parties envahies ; tantôt, après une multiplication active elles subissent la dégénérescence graisseuse et se résorbent.

L'atrophie qui peut résulter d'une sclérose gommeuse est étudiée histologiquement par le Dr Durante dans l'observation suivante.

(1) Virchow. *Pathologie des tumeurs.*

Observation 69.

Durante (1).

Gomme congénitale et symétrique des sterno-mastoïdiens.

Ce fait que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service du Dr Porak, à la Charité, concerne un enfant à terme après une application très aisée de forceps pratiquée par l'interne de service, M. d'Herbécourt.

Dès les premiers jours on remarque, au niveau de la partie moyenne des sterno-mastoïdiens, une induration circonscrite sans altération des téguments sous-jacents et un peu plus notable à gauche qu'à droite. On pense au début à un hématome dû au forceps ; mais la bilatéralité de ces tumeurs, et l'absence de toute ecchymose doivent bientôt faire renoncer à ce diagnostic.

L'enfant pris de diarrhée verte succombe le 18e jour.

Autopsie. — Après avoir mis à nu la région cervicale, on voit de chaque côté, à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur du chef sternal des sterno-mastoïdiens, une tumeur du volume d'une noisette proéminente, ovoïde, à grand axe vertical, présentant environ 1 à 1,5 centimètre transversalement sur 2 à 3 cms de hauteur, et tranchant par sa couleur grise sur la teinte rouge du muscle. Cette tumeur, de consistance dure, fibreuse, résiste au couteau comme un tissu de cirrhose. Elle est incluse sous l'aponévrose du muscle. Après section on constate qu'elle siège bien dans l'épaisseur même du chef sternal qui, cependant, présente encore quelques faisceaux d'apparence normale sur sa face postérieure. Les limites ne sont pas très nettes ; on passe assez promptement du tissu scléreux au tissu

(1) *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, janvier 1898, p. 85.

sain, mais il n'y a pas de trace de coque fibreuse, les faisceaux musculaires et la production pathologique se pénétrant mutuellement sur une mince épaisseur.

Rien à signaler dans les autres organes qui, microscopiquement, paraissent sains.

L'examen histologique a montré les lésions suivantes :

Sur les coupes *transversales*, on rencontre, en arrière de la tumeur, des faisceaux musculaires parfaitement sains, sauf quelques rares fibres gonflées et en dégénérescence hyaline. Au centre de la tumeur les fibres musculaires font complètement défaut ; on ne trouve à ce niveau que du tissu fibreux, adulte très pauvre en petits noyaux, ovoïdes ou aplatis. La vascularisation relativement rare n'est représentée que par des vaisseaux peu nombreux de gros et de moyen calibre ; on ne voit pas ou presque pas de capillaires.

Ces vaisseaux sont atteints souvent d'endo-périartérite pouvant aller jusqu'à l'oblitération complète, quelques-uns, cependant, sont encore perméables et presque sains. Ils sont entourés en général d'une zone conjonctive plus lamelleuse que le reste du tissu et constituée par des fibrilles et des lames plus lâches que dans les points éloignés des conduits vasculaires. Enfin cet espace périvasculaire est fréquemment rempli de cellules rondes se colorant fortement et constituant un nodule infectieux intéressant la paroi vasculaire sur une plus ou moins grande épaisseur, s'étendant plus ou moins loin dans le tissu voisin. Il n'en existe pas qui ne soit en rapport au moins avec un petit vaisseau. Aucun de ces nodules ne présente de signes de dégénérescence ; tous leurs éléments sont bien vivaces, nulle part nous n'avons trouvé de cellules géantes. Ces caractères, leurs connexions avec les vaisseaux et la nature des lésions vasculaires, permettent, croyons-nous, de regarder ces nodules comme des *gommes* histologiques.

En étudiant la coupe depuis les points sains, jusqu'au centre de la tumeur, on peut suivre tous les stades de l'al-

tération. Celle-ci a un début franchement vasculaire. Les premières modifications sont à la fois des lésions vasculaires légères quant à l'endartérite, plus intenses qu'à la périartérite, et la sclérose qui, en premier lieu, n'intéresse que les travées conjonctives périfasciculaires, séparant nettement les faisceaux puis les subdivisant en faisceaux plus petits.

Plus loin les lésions vasculaires ainsi que la cirrhose s'accentuent. A côté de la sclérose perifasciculaire, apparaît la sclérose intra-fasciculaire, dissociant les fibres elles-mêmes qui, à ce niveau, commencent à s'atrophier. La rareté des fibres contractiles paraît ici également due à l'augmentation du tissu conjonctif et à l'atrophie de l'élément musculaire.

En plusieurs points on retrouve de nombreux faisceaux neuro-musculaires. Disons enfin que plusieurs nerfs sont entourés de ces points malades, d'une gaine lamelleuse hyaline et très épaisse.

Sur les coupes *longitudinales*, les mêmes lésions se retrouvent, mais si la topographie est moins facile à constater, on peut, par contre, mieux suivre chaque fibre depuis les points sains jusqu'au noyau de sclérose. On se rend compte ainsi que les éléments musculaires pénétrant dans le tissu pathologique, y cheminent un certain temps, dissociés par le tissu conjonctif, mais toujours bien striés, ne présentant comme seule réaction visible, qu'une augmentation de noyaux de sarcolemme et parfois des renflements limités qui semblent indiquer un début de dégénérescence hyaline.

Mais nulle part nous n'avons constaté de vacuolisation de la fibre. Après un trajet plus ou moins long, la fibre s'amincit, s'atrophie progressivement, la gaine se vide peu à peu, et se transforme finalement en un filament délié chargé encore de noyaux et représentant la gaine vidée, revenue sur elle-même qui semble se perdre et se confondre au milieu des faisceaux du tissu scléreux. La forme de ces noyaux, leur disposition en série longitudinale per-

met encore de les distinguer quelque temps des noyaux conjonctifs ; mais au centre du nodule, cette distinction devient difficile à établir d'une façon certaine. Il en résulte qu'en plein tissu de sclérose, il est un grand nombre d'éléments nucléaires auxquels on ne saurait assigner à coup sûr une origine musculaire ou conjonctive.

Dans les coupes longitudinales, on retrouve très aisément les îlots de cellules rondes autour des vaisseaux, mais étalés le long des parois vasculaires qu'ils enveloppent, ils présentent moins nettement la forme nodulaire que dans les coupes transversales. En aucun point les éléments gommeux ne pénètrent dans les gaînes musculaires, les noyaux nombreux que l'on observe dans celles-ci ont toujours les caractères de noyaux musculaires.

Pas plus sur ces coupes que sur les précédentes nous n'avons vu ni des cellules géantes, ni des points dégénérés en voie de nécrose.

M. Durante fait suivre cette observation des réflexions suivantes :

« C'est une atrophie simple, sans que jamais la gaine « ne soit envahie ou pénétrée par les cellules rondes « constituant la gomme. La fibre n'est pas détruite par « phagocytose, mais étouffée par le tissu conjonctif « exubérant. On voit très nettement la substance con- « tractile disparaître peu à peu. Cependant la gaine, « vide de protoplasma, conserve encore ses noyaux « proliférés, et comme elle se perd progressivement au « sein du tissu de sclérose, on peut se demander jus- « qu'à quel point les noyaux que l'on observe en plein « tissu scléreux, là où aucune fibre musculaire n'est « plus visible, ne représentent pas, en partie du moins, « certains noyaux musculaires, accompagnant des gaines

« rétractées que l'on ne saurait plus distinguer des « éléments conjonctifs voisins. Ce seraient ces noyaux « qui pourraient, dans certains cas, être le point de dé- « part d'une néoformation de fibres musculaires, ac- « compagnant la disparition totale de la lésion syphili- « tique, et expliqueraient ainsi la possibilité d'une res- « tauration complète et parfaite du muscle au point où « siégeait la gomme. »

DIAGNOSTIC

Quand les antécédents spécifiques sont connus, le diagnostic des myosites diffuses ou gommeuses est en général facile. De même, quand elles sont accompagnées d'autres manifestations syphilitiques, comme cela se passe généralement. Cependant, comme on peut s'en apercevoir dans l'observation 70, malgré la connaissance d'une syphilis antérieure, le diagnostic n'est pas toujours très aisé. Or les myosites spécifiques n'ont pas de symptôme pathognomonique, et leur diagnostic doit être basé sur tous leurs symptômes. Tout d'abord, leur évolution lente, indolente généralement, sans changement de coloration à la peau, sans troubles généraux bien manifestes, écarte l'idée d'une affection aiguë, telle qu'un abcès, une myosite inflammatoire, une périostite. En outre leur siège est bien évidemment dans le muscle ; on trouve facilement cette localisation si l'on a soin de palper la tumeur pendant la contraction et pendant le relâchement du muscle. Toute ostéite ou périostite sera donc facilement éliminée, de même une arthrite, puisque les points douloureux de cette affection, font défaut et l'on ne se trouvera plus en présence que d'une tumeur, siégeant dans un muscle.

Si nous avons affaire à une myosite diffuse, les symptômes énoncés dans le chapitre précédent permettront de faire facilement le diagnostic. Cependant quelques myosites d'origine blennorrhagique (1), typhique, peuvent être confondues avec celles d'origine syphilitique. Les antécédents permettront aisément d'écarter la blennorrhagie et la fièvre typhoïde, infections qui ne peuvent être méconnues, puisqu'elles précèdent de peu leur localisation musculaire. Si, malgré l'observation la plus attentive, le diagnostic ne peut pas être posé, on aura recours au traitement mixte, iodure de potassium et mercure, qui, rapidement, lèveront toute incertitude.

Les gommes musculaires dans la syphilis acquise sont d'un diagnostic plus difficile.

Dans l'observation suivante, une gomme des péroniers latéraux a été confondue avec un sarcome et un fibrome.

Observation 70.

Le Dentu (2).

Myosite gommeuse des péroniers latéraux survenue 5 ans après lymphangite et adéno-phlegmon de l'aisselle. — Paralysie de l'oculomoteur externe. — Diagnostic erroné : sarcome ou fibrome. — Traitement spécifique. — Guérison.

En octobre 1880, le Dr X... se fait une piqûre à la face palmaire de l'index de la main droite. Une couche de collo-

(1) Lucas Championnière. *Journal de méd. et de chirurg. pratiques*, déc. 1897.

(2) *Congrès de dermatologie et de syphiligraphie*, 1898, p. 653.

dion est appliquée sur cette piqûre et quelques minutes après notre confrère touche une femme dont il ne croyait pas avoir à se méfier, car elle ne présente aucune apparence de syphilis. Cette femme était enceinte Peu d'heures après ce toucher, le Dr X... voit se développer sur son avant-bras, puis sur son bras des traînées de lymphangite qui aboutissent à un ganglion douloureux dans l'aisselle L'adéno-phlegmon suppuré qui se forme est incisé 8 ou 10 jours après par le Dr Mignon.

Le pus ne s'écoule pas très bien ; il en résulte une fistule sans tendance à la cicatrisation et des accès de fièvre à retour fréquent.

Appelé par mon confrère, je lui fais, le 24 décembre 1880, des débridements multiples et j'institue un drainage méthodique au moyen d'un tube unique, le tout sous le chloroforme.

Quelques jours après l'opération, se produisent des phénomènes bizarres, difficiles à expliquer autrement que par l'extension de l'inflammation au plexus nerveux axillaire. Le membre supérieur droit est frappé de paralysie très accentuée et bientôt des symptômes du même genre se déclarent dans le membre opposé, mais à un degré faible. Ces phénomènes se prolongent jusqu'en février 1881, mais déjà depuis le 15 janvier la cicatrisation du foyer était parfaite. Le malade ne recouvre franchement les fonctions sensitives et motrices de ses deux bras que vers la fin de mai.

Convalescence lente, séjour à la campagne.

Environ deux ans plus tard, vers le mois de janvier 1883, il se déclare un strabisme interne à l'œil gauche ; le moteur oculaire externe est frappé de paralysie. Le Dr Parinaud consulté alors n'hésite pas à diagnostiquer une paralysie syphilitique, ainsi que le Dr Galezowski, quoique le malade ne puisse trouver dans son passé des antécédents syphilitiques quelconques. Le traitement à l'iodure de potassium conseillé ne fut guère suivi et le strabisme persista.

Ce fut, paraît-il, vers la même époque que le Dr X... constata aux environs de la tête de son péroné droit une petite tumeur ayant le volume d'une noisette très mobile sous la peau. Elle s'était développée précisément à la place où, pendant la guerre, une balle avait produit une plaie contuse sans pénétrer profondément dans les tissus. Cette tumeur se développa lentement et mit deux ans à atteindre les dimensions qui seront rapportées à l'instant.

Complètement indolore, elle avait *la forme d'un œuf*, elle avait perdu toute mobilité et envoyait des prolongements vers l'espace intercostaux et dans l'épaisseur des muscles péroniers latéraux.

Les choses en étaient à ce point de l'hiver 1884 à 1885. Alors se montrèrent un œdème prononcé de la jambe et des phénomènes inflammatoires légers, apyrétiques, ayant de l'analogie avec de la lymphangite réticulaire.

Un de mes confrères des hôpitaux, agrégé de la Faculté, diagnostiqua alors un *sarcome* de la tête du péroné et conclut à la nécessité d'une opération immédiate qui pourrait bien être l'amputation de la cuisse, étant données les connexions profondes de la tumeur. Deux professeurs de la Faculté se prononcèrent : l'un pour un sarcome *fuso-cellulaire* développé dans le tissu fibreux d'insertion des muscles péroniers et infiltré dans ces derniers, l'autre, un *fibrome* probablement en connexion avec le péroné. Ils conseillèrent tous deux l'extirpation de la tumeur par énucléation, si c'était un fibrome, par section en plein tissu musculaire si c'était un sarcome, et la rugination du péroné pour finir. La résection du nerf sciatique poplité externe englobé dans la masse devenait une nécessité inéluctable et la paralysie des extenseurs du pied une bien triste conséquence de l'intervention

C'est alors que je vis notre confrère. Il ne me cacha rien des diagnostics portés jusque-là et ajouta qu'il avait déjà pris des dispositions pour la cession de sa clientèle, cession qui serait sans doute définitive. Je mis d'autant plus de soins à l'examiner que je me demandais si dans le cas où

l'hypothèse *sarcome* était confirmée par mon examen, il ne faudrait pas songer de suite à l'amputation de la cuisse, pour éviter la récidive à peu près inévitable des sarcomes intra-musculaires. J'avais sous les yeux une tumeur formée de deux portions confondues profondément, assez distinctes superficiellement, l'une supérieure oviforme, l'autre inférieure plus étalée, la première occupant le long péronier latéral, la deuxième, le court péronier latéral. Toutes deux semblaient assez adhérentes profondément, dans la direction de la tête du péroné et du ligament interosseux. Le 19 mai 1885 la bosselure supérieure avait 9 cms de long, 8,5 de large, en suivant la surface convexe avec un mètre souple.

La circonférence de la jambe était de 33c.75 au niveau de la tumeur la plus élevée, de 34,5 au niveau de la bosselure inférieure.

Pourquoi ne me suis-je pas senti entraîné, comme mes éminents collègues, vers le diagnostic fibrome ou fibro-sarcome ? Je me rends mieux compte actuellement que je fus guidé par la consistance et les connexions de la tumeur. Tout en étant bien délimitée à sa circonférence, elle se détachait des parties voisines moins nettement que ne l'aurait fait un fibrome. En plus, elle n'offrait ni la résistance élastique de ce dernier, ni la mollesse pseudo-fluctuante du sarcome. Le strabisme me semblait à moi aussi très caractéristique. Je ne pouvais donc me décider à conclure ni dans le sens du fibrome ni dans celui du sarcome. Restait un fibro-lipome, voire même une production syphilitique d'une forme mal connue et à peine décrite. Dans mon hésitation, j'engageai mon confrère à prendre l'avis de M. Fournier.

Ici se place un des épisodes les plus intéressants de l'observation, M Fournier appelé à se prononcer avec sa haute compétence, entre les opinions émises, déclara ne pas reconnaître là une forme d'accident syphilitique tertiaire, mais il s'empressa d'ajouter : « Ne vous laissez pas opérer avant d'essayer le traitement spécifique de

M. Le Dentu. » C'étaient des frictions d'onguent napolitain et l'iodure de potassium à la dose de 4 gr. par jour.

Or il arriva qu'après 8 jours de ce traitement un changement notable s'était déjà produit. Les mensurations le démontrèrent avec une netteté sans réplique.

Le 26 mai je constatai :

Longueur de la tumeur supérieure.....	$0^{m}085$
Largeur — —	$0^{m}075$
Circonférence de la jambe au niveau de la bosselure supérieure	$0^{m}32$
— — tumeur inférieure..	$0^{m}33$

Le 9 juin, 14 jours après, constatation encore plus significative :

Longueur de la tumeur supérieure : 0 m 07 centimètres
Largeur » : 0 m 056 millim.

La question était jugée. Un traitement de 3 mois fit entièrement disparaître toute apparence de néoplasme, mais le strabisme résista au traitement. Il était trop ancien.

Absolument guéri, le docteur put reprendre ses occupations et depuis 4 ans 1/2 il ne lui est survenu aucun accident nouveau.

Dans cette observation, la consistance de la tumeur, son manque d'adhérences, et les antécédents du malade permirent à M. Le Dentu de poser le diagnostic, que rapidement a justifié le traitement.

Les gommes musculaires peuvent être aussi confondues avec des *tubercules;* mais, ces derniers sont généralement accompagnés d'autres manifestations tuberculeuses ; en outre, ils sont peut-être plus lents à se développer, et ils n'appartiennent pas aux muscles, mais à la peau. Quant à différencier les gommes musculaires, des sarcomes, fibromes, cancers, tumeurs érec-

tiles, ce sera souvent bien difficile si tout antécédent fait défaut, car la consistance et la forme de la gomme musculaire, qui ont guidé M. Le Dentu dans son diagnostic, peuvent être absolument identiques à celle d'une autre néoplasie, si la gomme est plus ou moins développée. Si l'on a quelques doutes sur l'origine de la tumeur, on prescrira au malade, pendant quelques jours, de l'iodure de potassium et du mercure qui agiront très rapidement si l'on a affaire à une affection spécifique.

Mais, jusqu'à présent, nous n'avons considéré les gommes que dans leur période d'état. Quand elles deviennent fluctuantes et cherchent à s'ouvrir au dehors, la peau rougit, adhère à la tumeur qui devient fluctuante et peut alors être confondue avec un abcès. Cependant le développement antérieur de la myosite ne permettra aucune confusion.

Quand la gomme s'est ulcérée, le liquide spécial qui s'en échappe, les bords polycycliques, taillés à pic, de coloration rouge brunâtre, feront facilement reconnaître la nature de la tumeur.

Les gommes musculaires d'une syphilis héréditaire, dans les trois observations que nous avons pu recueillir, ont été facilement reconnues, l'une grâce aux antécédents, l'autre grâce aux antécédents et aux ulcérations nettement spécifiques qui l'accompagnaient : la troisième n'aurait pu être confondue qu'avec un hématome produit par le forceps, or la tumeur était bilatérale et la peau ne présentait pas d'ecchymose.

Le diagnostic différentiel entre la myosite interstitielle et la myosite gommeuse est souvent très difficile. En effet, quand la gomme est à sa période de formation, quand ses limites ne sont pas précises, les symp-

tômes sont les mêmes que ceux d'une myosite interstitielle, et l'on ne pourrait former son diagnostic que sur le développement ultérieur de la tumeur. Au point de vue du traitement, l'importance n'est pas grande, puisque, pour les deux affections, on emploiera les mêmes médicaments.

PRONOSTIC

Comme nous l'avons vu dans la plupart de nos observations, les myosites syphilitiques sont l'indice d'une infection sérieuse. Elles appartiennent tonjours à des syphilis malignes, qui se manifestent, malgré le traitement, par des accidents graves, pouvant même amener la mort. « Aussi, en ce sens, doivent-elles être consi-« dérées comme graves. Néanmoins, en face des guéri-« sons extrêmement nombreuses que l'on obtient à « l'aide d'un traitement rationnel, la myosite ne doit « pas être regardée comme dangereuse lorsqu'elle est « reconnue (1). »

Les myosites diffuses semblent avoir un pronostic plus sérieux que les myosites gommeuses. Si elles ne sont pas traitées rationnellement elles peuvent produire des désordres qu'un traitement spécifique, quoique bien dirigé, ne pourra guérir. Ainsi, dans l'observation 46 de Levin, malgré des injections sous-cutanées mercurielles, l'atrophie du muscle persista. Dans les observations suivantes, l'atrophie du biceps a disparu en grande partie, ou complètement.

(1) Virchow. *Loco citato.*

Observation 71.

Clinique du Dr Guibout (1879) (1).

Contracture du biceps avec atrophie du muscle. — Guérison.

Homme âgé de 49 ans ; a toujours joui d'une excellente santé jusqu'au moment où il a contracté un chancre induré du gland en 1853. En 1872 laryngite traitée par de l'iodure de potassium. En 1873 ulcérations syphilitiques des jambes qui guérirent par le sirop de Gibert. Gommes ulcérées du haut.

Il y a cinq ans le malade ressentit de vives douleurs, surtout la nuit, dans le bras gauche et s'étendant du coude à l'épaule. En même temps, au dire du malade, il existait un certain degré de paralysie de ce membre, portant sur tous les mouvements de flexion de l'avant-bras et d'élévation de l'épaule. Depuis ce moment, jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital (28 octobre 1878), ces douleurs ont persisté avec des intermittences, sans qu'il y ait eu d'amélioration.

A l'examen du malade on constate que les deux bras présentent une légère différence de volume. Le biceps du côté gauche semble un peu atrophié et à la mensuration on trouve que la circonférence du bras au niveau de la partie moyenne du biceps présente une différence de un centimètre et demi en moins que celle du bras droit, et cela pendant le relâchement des muscles. Quand on fait contracter le biceps la différence est plus gande encore, et elle atteint deux centimètres et demi.

Mais si l'on considère la longueur des deux biceps, la différence est encore plus sensible ; en effet, le malade ne

(1) *In thèse de Froidure*, Paris, 1882.

peut étendre complètement l'avant-bras gauche et l'on remarque au pli du coude une saillie très prolongée, formée par le tendon du biceps et donnant la sensation d'une corde très tendue. Le muscle mesure depuis l'apophysie coracoïde jusqu'à la tubérosité bicipitale du radius une longueur de 30 cent., tandis que du côté droit il y en a 33. La portion charnue du biceps, quoique un peu atrophiée, est souple, non douloureuse à la pression, ni pendant la contraction. Celle-ci se fait très bien et le mouvement de flexion est parfaitement normal. Mais l'extension de l'avant-bras ne peut être complète, par suite du raccourcissement de la rétraction qui semble porter exclusivement sur la portion musculaire du muscle.

Tous les autres muscles sont indemnes.

Traitement : iodure de potassium, 6 gr., puis 3 et 4. Sous l'influence de ce traitement le 3 novembre, les douleurs avaient disparu et il n'existait plus qu'un centimètre de différence de longueur des deux muscles.

Observation 72.

Rodet (1).

Homme âgé de 56 ans. En février 1856 contracte un chancre. Au mois de juin, crampes au mollet, faiblesse générale, des muscles de la main, de l'éminence thénar et hyothénar, des mollets. *Atrophie.* Mouvements fibrillaires; angine spécifique ; plaques muqueuses. Après 6 mois, myosite des muscles des extrémités, avec perte de 30 kgs de force. Traité à l'iodure de potassium 0,50 à 3 gr. 5 c., guérison complète.

Dans le cas suivant, la guérison fut extrêmement rapide.

(1) *Union médicale*, 1859.

Observation 73.

Ricord (1).

Homme, a contracté un chancre du gland, s'est traité au mercure. Longtemps après l'infection, myosite diffuse des fléchisseurs de l'avant-bras. Traitement à l'iodure de potassium. Guérison en 15 jours.

Le pronostic des myosites interstitielles est donc variable selon la rapidité du traitement et la fonction du muscle atteint.

Il n'en est pas de même des myosites gommeuses, qui ont un aspect plus tapageur que les myosites interstitielles, mais qui cèdent généralement bien à un traitement antisyphilitique.

Abandonnées à elles-mêmes elles suivent des marches différentes selon qu'elles sont situées dans des muscles superficiels ou dans des muscles profonds. La gomme située superficiellement a une tendance à « suppurer et « s'évacuer par ce processus : la peau rougit, s'en- « flamme, et adhère au muscle. Une perforation qui « s'établit laisse couler un peu de liquide muqueux, « filant, ou même un liquide mélangé à du sang ou du pus. « Puis la destruction du tissu morbide se fait peu à « peu. Lorsque toute cette gomme est évacuée, la perte « de substance se répare (2). » Cette ulcération des gommes peut produire : « la destruction d'une partie « des fibres musculaires et consécutivement des désor-

(1) *Archives de dermatologie et de syphiligraphie*, 1875.

(2) Cornil. *Leçons sur la syphilis.*

« dres irrémédiables dans l'état du muscle, des attitudes « vicieuse, etc. (1). »

Lorsque les gommes se trouvent situées dans des muscles profonds « il n'y a pas de ramollissement, ni « d'évacuation des produits morbides, et ils sont sim- « plement caséeux et secs, en même temps qu'il y a « une induration fibreuse, une inflammation chronique « scléreuse des tissus périphériques (2). »

Bouisson a dit, dans le Tribut à la chirurgie, que les gommes musculaires pouvaient peut-être s'ossifier. Dans toutes nos observations nons n'avons rien vu de sem- blable. Cette ossification pouvait plutôt provenir, non pas d'une myosite, mais d'une périostite concomitante ; c'est ce qui se passait dans le cas auquel Bouisson fait allusion.

Lorsqu'on institue de bonne heure le traitement, le plus souvent la gomme rétrocède rapidement, mais si elle est trop ancienne, il reste dans le muscle un noyau induré qui peut persister longtemps.

Toutes les lésions secondaires à ces myosites, si elles ne sont pas trop anciennes, peuvent disparaître, en même temps que les manifestations syphilitiques. Si la sclérose est trop prononcée, si l'atrophie est complète, naturelle- ment leur pronostic sera celui de la sclérose et de l'atro- phie non syphilitiques, c'est-à-dire très grave pour la fonction du muscle.

(1) Cornil. *Loc. cit.*

(2) Feulan. *Los tumores syfiliticos de los musculos. In Annales de derm. et de syph.*, 1891.

TRAITEMENT

Dès que le diagnostic sera posé, et quelquefois même, pour l'établir, on instituera le traitement général spécifique. L'iodure de potassium sera donné de suite à la dose de 6 à 10 grammes par jour. Cette dose est évidemment variable suivant la gravité du cas et la tolérance du malade. Mais on doit toujours agir vite et sans crainte.

A l'iodure de potassium on adjoindra le mercure ; cette association de médicaments a une action beaucoup plus rapide et plus profonde que l'iodure employé seul. La forme, sous laquelle on emploiera le mercure, a peu d'importance. Cependant il est préférable d'employer, au lieu de pilules, soit les frictions, soit les injections, puisqu'il faut agir rapidement. Plusieurs médecins ont fait des frictions *loco dolenti*, pensant agir directement ; les observations ne nous démontrent pas que la guérison ait été plus rapide. Nous pensons même qu'il peut être contre-indiqué de faire la friction sur la région malade, car elle pourrait réveiller la douleur ; nous préférons donc un tout autre endroit.

Au traitement général, nous associerons un traitement local destiné tout d'abord à calmer la douleur et à diminuer, si possible, la tuméfaction. On emploiera de

la pommade belladonée, des onguents calmants. Puis, quand la douleur et la tumeur auront disparu, des frictions à l'alcool camphré, des courants continus pourront servir à faire disparaître petit à petit l'atrophie musculaire, et à combattre l'impotence fonctionnelle.

Lorsque les gommes des muscles superficiels se seront ulcérées, et suinteront à l'extérieur, on les saupoudrera de poudre d'iodoforme, en les recouvrant d'une bandelette imbriquée d'emplâtre de Vigo.

Quand toute myosite, diffuse ou gommeuse, aura disparu, on se rappellera qu'on se trouve en présence d'une syphilis maligne, et qu'un traitement poursuivi avec persévérance s'impose pour empêcher tout accident postérieur.

CONCLUSIONS

La myosite diffuse et la myosite gommeuse appartiennent toutes deux à une syphilis tertiaire, c'est-à-dire à une syphilis grave.

Elles peuvent se rencontrer dans tous les muscles, à un moment quelconque de l'infection, du 2e mois à la 15e année pour la myosite diffuse, du 2e mois à la 18e année pour la myosite gommeuse.

Elles se développent souvent sans cause directe ; cependant, elles peuvent être consécutives à un traumatisme, à de la fatigue, ou au froid.

Leur diagnostic est celui d'une tumeur diffuse ou circonscrite, située dans un muscle, à évolution lente, et sans phénomènes généraux ; les antécédents et les manifestations syphilitiques, qui accompagnent généralement les myosites, permettent seuls d'en reconnaître la nature spécifique.

D'habitude elles cèdent rapidement à un traitement mixte, iodure de potassium et mercure ; malgré le

traitement la myosite diffuse peut produire dans le muscle une atrophie ou une impotence persistante ; la gomme musculaire elle aussi peut persister en partie, sous forme de noyau induré.

Vu :

Le Président de la Thèse,

Le 13 mars 1899.

P. SPILLMANN.

Vu par le Doyen :

GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur,

A. GASQUET.

BIBLIOGRAPHIE

Barthélemy. — *In thèse de Froidure*, Paris 1882.

Boaman. — *In Ueber myositis syphilitica diffusa s. interstiatilis*, Lewin.

Bouisson. — *Tribut à la chirurgie*, Paris 1858.

Cornil. — *Leçons sur la syphilis*, chapitre VIII.

Derville. — *Myosite gommeuse disséquante chez un sujet de 18 ans ; Journal des sciences médicales de Lille*, 27 novembre 1897.

Duplay. — *Archives générales de médecine*, 1880.

Durante. — *Bulletin de la société anatomique de Paris*, 1898.

Euthyboule. — *Congrès de dermatologie et de syphiligraphie*, 1889.

Feulan. — *Los tumores syfiliticos de los musculos ; in Ann. de dermatologie et de syphiligraphie*, 1891.

Feulard. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1891.

Finger. — *La syphilis et les maladies vénériennes* ; traduction Doyon et Spillmann, 1895.

Fournier. — *Leçons sur la syphilis.*

Fournier. — *Syphilis héréditaire tardive.*

Froidure. — *Manifestations musculaires de la syphilis ; Thèse de Paris*, 1882.

Guibout. — *In Thèse de Froidure*, Paris 1882.

Guyot. — *Union médicale*, 1873.

Hallopeau. — *Semaine médicale*, 1892.

Jullien. — *Traité pratique des maladies vénériennes*, 1886.

Lancereau. — *Traité historique et pratique de la syphilis.*

Le Dentu. — *In Thèse de Froidure*, Paris 1882.

Le Dentu. — *Congrès de dermatologie et de syphiligraphie*, 1882.

Lewin. — *Ueber myositis syphilitica diffusa s. interstitialis* ; Berlin 1891.

Lucas Championnière. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1897.

Mauriac. — *Leçons sur les myopathies syphilitiques, in Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1875-76.

Mauriac. — *Syphilis tertiaire*, 1890.

Mendel. — *Société française de dermatologie et de syphigraphie*, séance du 10 janvier 1895 ; *in Ann. de dermatologie et syphiligraphie*, 1887.

Nélaton. — *Pathologie chirurgicale.*

Neumann. — *In Lewin.*

Notta. — *Archives générales de médecine*, 1850.

Reynier. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1887.

Ricord. — *Gazette des hôpitaux.*

Ricord. — *Archives de syphiligraphie et de dermatologie*, 1875.

Rodet. — *Union médicale.*

Strauss. — *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie.*

Verneuil. — *Mémoire de chirurgie.*

Virchow. — *Pathologie des tumeurs.*

Virchow. — *Syphilis constitutionnelle.*

Zeissl. — *Traité de la syphilis in Lewin.*

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	V
Historique	VII
Symptomatologie	1
Etiologie	39
Anatomie pathologique	109
Diagnostic	117
Pronostic	124
Traitement	131
Conclusion	133
Bibliographie	135

Nancy. — A. Crépin-Leblond 21, Rue Saint-Dizier.

IMPROBVS
LABOR
OMNIA
VINCIT